



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **ESTEFANÍA CAROLINA RUANO HERRERÍA CC. 1002678033**, autora del trabajo de graduación intitolado: **"MANIFESTACIONES DEL DUELO POR ABANDONO EN EL ADULTO MAYOR"**. (Estudio realizado en el periodo de junio a agosto del 2013 en el área de **semanería del Hogar "Corazón de María"**, en **hombres y mujeres de 60 a 80 años que no presentan enfermedad mental o deficiencias auditivas y verbales**), previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUC E, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, noviembre 2013

ESTEFANÍA CAROLINA RUANO HERRERÍA

CC. 1002678033

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
PSICÓLOGA CLÍNICA**

“Manifestaciones del duelo por abandono familiar en el adulto mayor”

(Estudio realizado en el período de junio a agosto del 2013 en el área de Semanería del hogar “Corazón de María” en hombres y mujeres de 60 a 80 años que no presenten enfermedad mental o deficiencias auditivas y verbales)

Estefanía Carolina Ruano Herrería

estefylu89@gmail.com

Paulina Barahona Cruz

paobarahonacruz@gmail.com

Quito, Noviembre de 2013

Resumen

La adultez tardía es una etapa de múltiples pérdidas, la muerte del cónyuge, la jubilación, la pérdida de capacidades físicas y cognitivas, son situaciones propias de esta fase del desarrollo. La presente disertación busca conocer, si el adulto mayor en situación de abandono familiar atraviesa procesos de duelo a causa de la pérdida de este vínculo y cuáles son sus manifestaciones.

Con este fin se han incluido tres apartados; en el primero se inicia revisando un concepto de duelo desde la perspectiva Freudiana, así como los aportes más destacados dentro de esta temática, entre los que encontramos el Modelo de fases del duelo de la Doctora Kubler Ross. El objetivo de este capítulo es construir una definición de duelo y entenderlo dentro del contexto de la adultez tardía.

En un segundo capítulo, se sistematiza las principales características del desarrollo del adulto mayor, tomando en consideración los aspectos físicos, sociales y cognitivos más relevantes; se analizan también las consecuencias y los contextos del abandono familiar en la adultez tardía. Para trabajar este segundo capítulo se revisaron los autores más notables de la Psicología del Desarrollo como: Papalia, Berger, Feldman, entre otros. Finalmente en una tercera parte se exponen los resultados de la investigación de campo realizada en el Hogar de ancianos "Corazón de María". Este trabajo investigativo se centro en conocer si los adultos mayores de las áreas de seamanería femenina y masculina presentan indicadores de duelo por la pérdida del vínculo familiar.

El objetivo de esta disertación es aportar con una construcción teórica-práctica del conocimiento a una temática que ha sido poco trabajada. La población mayor de 65 años va ganando importancia porcentual a nivel mundial, por lo que la atención a este grupo poblacional va ocupando espacios de mayor interés en los ámbitos sociales, gubernamentales, y del conocimiento.

Agradecimiento

A Dios

Por la vida, por las bendiciones diarias y por la fortaleza que me da la fe de creer en Él.

A mi familia

Un agradecimiento especial a mi madre por acompañarme durante el camino de la vida, gracias por todo tu esfuerzo y la dedicación diaria, por enseñarme el valor de la responsabilidad y el trabajo, porque cada mañana de todos estos años de estudio me despedías con un abrazo, lleno de amor y alegría. Eres mi ejemplo y apoyo. Gracias por todo.

A mi padre por apoyar mis estudios y permitirme alcanzar este logro.

A mi hermano por su ejemplo de responsabilidad y por ayudarme siempre que lo necesite.

A mis abuelitas por su inmenso cariño y el apoyo incondicional que me dan.

Índice

Resumen.....	1
Agradecimiento.....	2
Introducción.....	4
1. PROCESO DE DUELO.....	8
1.1. DEFINICIÓN DEL DUELO	8
1.2. FASES DEL DUELO.....	12
1.3. TAREAS DE DUELO.....	23
1.4. DUELO PATOLÓGICO	33
1.5. DUELO EN LA ADULTEZ TARDIA	36
2. <i>EDAD ADULTA TARDÍA</i>	41
2.1. DESARROLLO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR.....	41
Cambios físicos externos en el adulto mayor.....	43
Cambios físicos internos en el adulto mayor	44
Condiciones de la salud física en el adulto mayor	49
2.2. DESARROLLO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR.....	51
2.3. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR	58
2.4. EL ABANDONO FAMILIAR.....	66
Contextos del abandono	69
Consecuencias del abandono.....	73
3. ESTUDIO DE CASOS	77
3.1. Metodología.....	77
3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	79
<i>CONCLUSIONES</i>	112
Recomendaciones	117

Introducción

La presente disertación se enfoca en conocer cómo se manifiesta el duelo en los adultos mayores en situación de abandono familiar. Para dar respuesta a esta pregunta se inicia revisando en un primer capítulo el concepto de duelo, las fases del duelo, tareas de duelo, duelo patológico y el duelo en la adultez tardía, este apartado fue trabajado desde un enfoque Freudiano. Sigmund Freud es el primer autor que teoriza sobre el duelo, su obra “Duelo y melancolía” escrita en 1917, es el texto psicoanalítico pionero y paradigmático en esta temática. y ha sido la base para nuevos aportes no solo psicoanalíticos sino también de otras corrientes desde las que se ha trabajado el tema. Es por eso que cuando se habla de duelo es ineludible empezar este recorrido desde Freud; en esta disertación se consideraron también otros autores que han realizado aportes teóricos importantes en este campo de estudio. El objetivo de este apartado es sistematizar la definición de duelo y mostrar cómo este proceso se manifiesta en el sujeto.

En el segundo capítulo se trabajan las definiciones que existen alrededor de la adultez tardía, y se hace una revisión de las principales características de esta etapa desde las teorías del Desarrollo, con los aportes de autores como Papalia, Feldman Berger, Schaie, Willis entre otros. Este capítulo contempla: el desarrollo físico del adulto mayor, los cambios físicos internos, cambios físicos externos, condiciones de salud física, desarrollo cognitivo, desarrollo psicosocial, abandono familiar, contextos y consecuencias del abandono. El objetivo de este capítulo es distinguir las principales características de la adultez tardía en sus dimensiones social, biológica y psíquica, para entender dentro de este contexto cómo el adulto mayor evidencia en lo anímico el abandono.

Existen varios criterios e hitos socio-económicos, biológicos y psíquicos a los que se asocia el comienzo de la tercera edad, de los cuales posiblemente el más utilizado sea el criterio cronológico, en este sentido se define a la vejez en función de la edad del individuo. De acuerdo a La Organización Mundial de la Salud, la adultez tardía inicia a los 60 años de edad. En Ecuador se reconoce legalmente como adulto mayor a la persona a partir de los 65 años.

La visión de la adultez tardía dentro de la cultura ha ido cambiando conforme las transformaciones sociales que se han dado a través de la historia, la ancianidad es hoy en día uno de los temas prioritarios en el interés internacional y local. El envejecimiento es un proceso que ocurre a nivel personal y poblacional, América Latina es un continente que envejece aceleradamente. La mujer ha tomado control sobre su vida reproductiva y la planificación familiar, lo cual ha tenido un impacto sobre la tasa de fecundidad, ésta ha reducido de manera considerable, especialmente entre aquellas mujeres con mayores expectativas de estudio, por otro lado gracias a los avances de las ciencias médicas, la esperanza de vida ha aumentado, el grupo poblacional de más de 65 años va ganando importancia porcentual, lo cual tiene una incidencia multidimensional. El cambio demográfico de la población trae consigo la necesidad de crear políticas públicas que garanticen el bienestar del adulto del mayor en todas las esferas del desarrollo.

A nivel personal el adulto mayor vive una serie de acontecimientos inherentes a esta etapa, la jubilación, la disminución de capacidades físicas, la viudez, la reducción del círculo social y familiar, la muerte de seres queridos y los procesos sociales de exclusión son situaciones de distinta índole con un componente común: la pérdida. Las múltiples pérdidas que atraviesa el adulto mayor lo ubica en una posición de vulnerabilidad emocional y social, que en más de una ocasión son reforzadas por el medio.

El abandono familiar del adulto mayor es una problemática social que no ha recibido la importancia que requiere. Los proyectos sociales públicos así como privados, las iniciativas individuales, grupales etc. Se han enfocado prioritariamente en la atención a otros grupos poblacionales. Al iniciar este trabajo investigativo se encontró que la información que existe alrededor del abandono del adulto mayor es escasa, de igual forma sucede con los datos estadísticos a nivel nacional, no se conoce cuántos adultos mayores viven en instituciones de cuidado. Con este antecedente se cree que la presente disertación aporta con información nueva, que será de utilidad para futuros trabajos investigativos. Ésta investigación recoge las principales características de la adultez tardía, amplía el conocimiento sobre el abandono en esta etapa de la vida, hace un análisis de los aportes teóricos más importantes sobre el duelo y presenta un trabajo práctico mediante el cual se analizan las manifestaciones del duelo en el adulto mayor por la pérdida del vínculo familiar,

en el Hogar de ancianos “Corazón de María”. Brindando así una herramienta de estudio, dentro de ésta temática poco trabajada.

El tercer capítulo de esta investigación se centra en conocer si existen indicadores de duelo en los adultos mayores que pertenecen al área de Semanería del Hogar de ancianos “Corazón de María”. Esta institución regentada por la congregación religiosa de las “Hermanitas de los ancianos desamparados” fundada en la ciudad de Quito en el año de 1952, tiene como misión el cuidado material y espiritual de los ancianos que viven en condiciones de pobreza y abandono.

La población que se seleccionó para este estudio fueron los hombres y mujeres de 60 a 80 años que no presenten enfermedad mental así como deficiencias auditivas o verbales.

También se trabajó con el personal profesional y el personal de cuidado de la institución a quienes se aplicó una encuesta. Esta encuesta junto a una entrevista de cada sujeto y la observación directa del investigador a la población por dos ocasiones, fueron las herramientas que permitieron determinar la naturaleza de los procesos de duelo en esta población.

El objetivo de este capítulo es realizar un análisis cualitativo de los fenómenos que se evidencian a través de los datos obtenidos, este apartado nos permite comprobar si la hipótesis planteada inicialmente se cumple o no, para llegar a una conclusión final del trabajo.

El abandono familiar es la pérdida del vínculo afectivo; el vínculo es la relación de apego con el otro, y su función es la de proveer al sujeto de seguridad, protección y certidumbre. Por tanto la pérdida del mismo genera en él sentimientos de desamparo, miedo, angustia y soledad. En este sentido la hipótesis inicial de esta investigación planteaba que el abandono familiar del adulto mayor provoca en ellos un proceso de duelo, manifiesto en una serie de conductas tales como: llanto frecuente, labilidad emocional, pérdida de interés por actividades diarias, dependencia manifiesta en exigencias constantes, pérdida del sueño, pérdida del apetito, agresividad, y dificultad en el contacto social.

El contexto del abandono de esta población en particular es la institucionalización, la mayoría de los adultos mayores que viven dentro de este Hogar no tienen ningún contacto con sus

familiares. Tras el trabajo realizado, la principal conclusión a la que se llegó es que un importante porcentaje de los adultos mayores, ven a la institución y al personal del mismo como un medio familiar, la mayoría ingreso al Hogar porque vivían solos y se sentían desprotegidos, la atención que reciben y la compañía de otras personas, les brinda una sensación de seguridad tanto física como emocional. Se pudo apreciar también que a pesar de que todos han tenido pérdidas, por las circunstancias propias de la adultez tardía y la situación de abandono familiar que atraviesan, estos duelos han sido elaborados, la institucionalización no ha significado una pérdida más sino un medio que ha beneficiado en el procesamiento de las otras pérdidas.

1. PROCESO DE DUELO

1.1. DEFINICIÓN DEL DUELO

Para definir qué es el duelo iniciaremos revisando el origen epistemológico del término y los criterios que presenta el DSM IV sobre el mismo.

El origen epistemológico de duelo proviene de la palabra latina Dolos, que significa “sentir un profundo dolor”. (Tovar, 2011, p.14).

De acuerdo al DSM IV, el duelo está ubicado en el capítulo 17, con código V62.82, éste apartado comprende información de enfermedades que no son trastornos mentales pero que pueden requerir cualquier modo de atención clínica. El paciente recibe un diagnóstico de Duelo cuando los síntomas del proceso de pérdida son el motivo de consulta, si estos síntomas duran más de dos meses, el paciente podría estar presentando un trastorno del estado de ánimo. La similitud de la tristeza del sujeto que sufre una pérdida, con aquella característica de la depresión puede originar confusión entre estos dos estados, siendo el primero un afecto normal mientras que el segundo un estado patológico. (Morrison, 2008, págs.4-204-584).

El DSM IV presenta la sintomatología que particulariza al Episodio Depresivo Mayor y lo diferencia del Duelo. En base a esto, un estado anímico que responda a un proceso de duelo normal no debería tener los siguientes síntomas: sentimientos de culpa, deseos de muerte, reducción de la velocidad psicomotora, preocupación intensa por no ser valioso, alteración intensa del desempeño durante un tiempo muy prolongado, y alucinaciones. Existen ciertas excepciones como por ejemplo sentimientos de culpa ocasionados por la idea de haber podido evitar la muerte del ser amado, al igual que el deseo de haber muerto junto a él, para evitar el dolor que produce la soledad, estos síntomas no se consideran patológicos, si son pasajeros, aparecen generalmente en las primeras fases de este proceso.

Para hablar del concepto de duelo es necesario partir de la definición que postula Sigmund Freud, en su obra “Duelo y Melancolía” (1917), este texto escrito entre 1916 y 1917, es la

obra referencial de todas las investigaciones posteriores que se han realizado en torno al duelo. "El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc." (Freud, 2000, p.241).

Bajo la luz de la definición de duelo dada por Freud y el origen epistemológico del término, se puede decir que el duelo es un conjunto de procesos psicológicos influenciados de forma importante por la cultura y sociedad, que siguen a una pérdida. Las pérdidas que desencadenan duelos son bastante subjetivas, sin embargo existen ciertas circunstancias como la pérdida de seres queridos, el abandono familiar, el abandono del lugar de origen, la ruptura de relaciones de pareja, entre las principales, las que parecen ser más comunes a la realidad humana. Freud en "Duelo y melancolía" menciona que la pérdida puede ser una abstracción que haga las veces de objeto de amor, haciendo referencia al carácter simbólico que puede tener el objeto, es decir la pérdida no siempre está asociada a un objeto real y tangible. Las pérdidas que atraviesa el ser humano son de naturaleza amplia y variados sentidos, los mismos que pueden llegar a ser bastante particulares, en este orden una pérdida no se refiere solamente a la muerte real del ser amado, sino a todo aquello que es parte de la historia del sujeto, sus relaciones vinculares, su relación con el entorno, etc.

Este estudio analiza la pérdida del vínculo afectivo del adulto mayor con la familia debido a un proceso de institucionalización. La adultez tardía es una etapa caracterizada por la pérdida, el sujeto experimenta inevitablemente pérdidas físicas, cognitivas, afectivas y sociales, esta multiplicidad de pérdidas sumadas a la situación de abandono hace del duelo un proceso complejo que muchas veces no llega a elaborarse. La familia es la institución nuclear de desarrollo del sujeto, la pérdida de la misma significa la ruptura de los lazos de protección y amparo. "La familia es un grupo que tiene una estructura básica, habitando en un espacio, durante diversos ciclos vitales, que tienen como fin cumplir funciones sexuales-reproductoras, económicas, socio-educativas y afectivas y que funcionan con un sistema con sus propias reglas internas y abierta tanto a la familia extensa como a la comunidad." (Millan, 2002, p.254). Cuando el vínculo familiar se ve amenazado, el sujeto siente una sensación de inseguridad y desamparo, la función afectiva de la familia, no es fácil de sustituir ya que las relaciones existentes entre sus miembros son intensas.

Como se ha visto, la pérdida material o simbólica de algo que represente un afecto importante para el sujeto, genera una serie de sentimientos de dolor y perturbación que se evidencian en lo anímico. El duelo es un proceso normal y esperado ante la pérdida del objeto de amor, los vínculos existentes con el objeto amado hacen que, para el sujeto resulte muy difícil asimilar una pérdida, la renuncia y cancelación de la libido anudada en el objeto, no sucede en el mismo momento de su partida, por lo que la reposición del doliente, es un proceso que durará un tiempo considerable.

El período de tiempo y la intensidad de las manifestaciones de la elaboración de un duelo varía entre cada sujeto. Las expresiones propias del duelo son: llanto, falta de interés por las actividades normales, dificultad para aceptar los hechos, enojo, evasión, miedo, la falta de apetito, ansiedad, confusión, conmoción, entre otras. (Tovar, 2011, p.20-36). Freud postula, en duelo y melancolía (1917), que retirar la libido del objeto perdido, no es una tarea que se pueda realizar de forma inmediata, costará un gasto de tiempo y energía hasta que el objeto deje de existir en el psiquismo del sujeto, finalmente la realidad se impone, y el sujeto será capaz de desplazar la libido a otro objeto. “Los lazos afectivos, el vínculo afectivo, la forma e intensidad de la convivencia, la educación los elementos culturales, las creencias y nuestra personalidad, más las condiciones existentes antes, durante y después de la pérdida, son los factores que pueden influir notablemente en la duración, forma e intensidad como vivimos una ausencia”(Tovar, 2011, p.14).

Las formas con que cada persona atraviesa un proceso de duelo, dependen no solo de las condiciones particulares del sujeto, sino también de factores culturales y religiosos, como lo expresa Tovar en su libro “Un duelo silente”, (2011), la mayoría de culturas tiene un conjunto de ritos que acompañan al sujeto en este proceso. En la cultura occidental, en el caso de la muerte real de una persona, los familiares cercanos acostumbran vestir de negro los primeros días tras la pérdida, y quienes rodean a los dolientes, manifiestan su unión a ellos a través de tarjetas de condolencias, visitas, etc., estas expresiones de apoyo, son importantes, ya que brindan cierto alivio, a quien ha sufrido la pérdida. “Es interesante pensar el duelo como dispositivo psíquico y social, un dispositivo simbólico para tramitar una pérdida real” (Capponi, M., Luchessi, S., 2007, p.52)

“La elaboración consciente del duelo nos restituye de nuevo el propósito de vivir, su “para qué” de ahí la importancia de hacer este proceso restaurador.” (Rojas, 2005, p.13). Es normal, que tras la pérdida del objeto amado el sujeto no muestre interés en lo que le rodea, paradójicamente su energía libidinal parece aferrarse a ese objeto, que ya no existe más en el plano de lo real. El proceso de elaboración de duelo es indispensable para que, el sujeto pueda desanudar la libido de lo que ha perdido, y continúe su vida con normalidad. Este proceso puede resultar aún más complejo, para quienes no cuentan con una red de apoyo social, representado en la familia, amigos o comunidad. En el caso del adulto mayor, debido a la segregación que sufre, dentro una estructura social excluyente de todo ente no productivo, además de una dinámica familiar poco acogedora con el anciano, la elaboración del duelo podría darse con mayores dificultades.

“Para que un sujeto pueda hacer un trabajo de duelo es preciso que logre que el objeto perdido deje de tener presencia en su interior y paradójicamente, ya no como objeto sino como pérdida y alojada en su interior. Podríamos expresarlo de la siguiente manera: para que haya trabajo de duelo evitando de esta manera, la melancolía, se torna indispensable la existencia de recursos simbólico-imaginarios (sujeto-sociedad) que le permitan al sujeto un conveniente abordaje de lo real en tramitación. A los mayores les resulta muy difícil y trabajoso; en ocasiones imposible, dicha elaboración. Es innegable que en su inclusión en lo social están limitados.” (Capponi, M., Luchessi, S., 2007, p.53)

J.Carrasquilla en “Pérdida, aflicción y luto” (2012), señala que la elaboración del duelo y las manifestaciones del mismo, en el adulto mayor, son diferentes que en el adulto joven. (Carrasquilla, 2012, p.75). Existen varias condiciones en el adulto mayor que hacen que el duelo se sienta como un proceso indefinido o como un estado que forma parte de la vejez, los trastornos físicos recurrentes, la incapacidad motriz, el aislamiento social, las múltiples pérdidas de seres queridos, hacen que el logro de las tareas de duelo tome más tiempo. (Carrasquilla, 2012, págs. 74-75).

De acuerdo a lo expresado por Freud, el duelo es la respuesta que viene seguida a una pérdida, esta respuesta es un proceso bastante complejo, caracterizado por una serie de estados de aflicción, angustia y nuevas situaciones, que demandan del sujeto una cuantiosa cantidad de energía psíquica para afrontarlas. Los seres humanos construyen vínculos a lo largo de toda la vida, estos vínculos le dan protección, y son parte importante de la formación

de su identidad. Los vínculos juegan un papel determinante en la vida del sujeto, la pérdida de los mismos, son la causa más frecuente de duelo, y al mismo tiempo estos funcionan como el principal soporte del sujeto que lo atraviesa. De ahí que el duelo por abandono familiar significa dos cosas, en primera instancia una pérdida como tal, y a la vez la ausencia de vínculos de soporte que lo ayuden a sobrellevar otras pérdidas.

En relación a las posturas de Capponi, Luchessi y Carrasquilla, además de lo que se ha revisado sobre el duelo, se puede concluir que este proceso en el caso particular del adulto mayor en situación de abandono, resulta más complejo en su elaboración debido precisamente a la falta de estos recursos simbólico-imaginarios, representados por las redes vinculares, además de las pérdidas de diferente orden que suceden en esta fase del desarrollo.

1.2. FASES DEL DUELO

Para comprender las fases del duelo, se va a partir de “Duelo y melancolía” obra pionera y paradigmática, escrita en 1917 por Sigmund Freud. En esta primera literatura sobre el duelo Freud establece y describe ciertos momentos que atraviesa el sujeto en duelo. Posteriormente se revisará a la Doctora Elizabeth Kubler Ross con su obra “Sobre la muerte y los moribundos” (1993). Esta obra lograda gracias a un extenso trabajo de observación con pacientes terminales, recoge y amplía las principales características de cada uno de los momentos que atraviesa el sujeto en duelo, sistematizándolas a través de un modelo de fases.

Iniciaremos con “Duelo y melancolía” (1917) de Sigmund Freud, esta obra describe al proceso de duelo como una reacción esperada frente a la pérdida, dando cuenta de ciertos momentos y conductas del sujeto durante este recorrido de elaboración. Partiendo del concepto de duelo como “reacción” que sigue a una pérdida, Freud ya determina que éste provoca un comportamiento particular en el sujeto. “Cosa muy digna de notarse, además, es que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico ni remitirlo al médico para su tratamiento.

Confiamos en que pasado cierto tiempo se lo superará, y juzgamos inoportuno y aún dañino perturbarlo” (Freud, 2000, p.242). De acuerdo a Freud, la conducta que aparece a raíz de una pérdida, es una manifestación normal que está validada socialmente, como la reacción que se espera frente a circunstancias de esta naturaleza. La conducta que se presenta en el sujeto es entendida y respetada por quienes lo rodean, nadie la juzga como patológica o intenta detenerla. Cuando Freud habla de “cierto tiempo” para “superar este estado”, está mencionando dos elementos, en el primero se refiere a que el duelo se da durante un tiempo determinado y en el segundo señala que este estado se supera en algún momento es decir tiene un fin. Lo que da cuenta de que Freud ya concibe al duelo como un proceso, que se lleva a cabo en cierto tiempo. (...) “Pero la orden que se imparte no puede cumplirse enseguida. Se ejecuta pieza por pieza con un gran gasto de tiempo y de energía de investidura, y entretanto la existencia del objeto perdido continúa en lo psíquico”. (Freud, 2000, p.243).

Freud enfatiza en que el trabajo de duelo es una tarea bastante compleja para el sujeto, ya que hay una renuencia para retirar al objeto de la psique, deshacer la libido del objeto es una acción que se ejecuta paso por paso, y requiere una cuantiosa cantidad de energía psíquica para que el sujeto finalmente abandone su posición libidinal, esto se traduce en un primer momento en el duelo, en el que la mayor parte de la energía del sujeto estará captada en el esfuerzo por reposicionar al objeto, de ahí que las actividades cotidianas y otros ámbitos de su vida, quedan en un segundo plano, hasta desconcentrar la energía psíquica de este primer y más grande esfuerzo del proceso de duelo. Freud manifiesta esto de la siguiente manera: “El duelo pesaroso, la reacción frente a la pérdida de una persona amada, contiene idéntico talante dolido, la pérdida del interés por el mundo exterior-en todo lo que no recuerde al muerto-, la pérdida de la capacidad de escoger algún nuevo objeto de amor – en remplazo, se diría, del llorado-, el extrañamiento de cualquier trabajo productivo que no tenga relación con la memoria del muerto” (Freud, 2000, p.242).

En “Duelo y melancolía” Freud presenta a la negación como una primera respuesta ante la pérdida del objeto de amor, a pesar de que la realidad indica, que al ya no existir objeto, no debería existir energía anudada a éste, el sujeto se muestra reacio e incapaz de cumplir con esta orden impartida por la realidad.

“El examen de realidad ha mostrado que el objeto amado ya no existe más, y de él emana ahora la exhortación de quitar toda libido de sus enlaces con ese objeto. A ello se opone una comprensible renuencia; universalmente se observa que el hombre no abandona de buen grado una posición libidinal, ni aún cuando su sustituto ya asoma. Esa renuencia puede alcanzar tal intensidad que produzca un extrañamiento de la realidad y una retención del objeto por vía de una psicosis alucinatoria de deseo” (Freud, 2000, p.242).

Para Freud una vez que se retire la libido anudada al objeto en cada uno de los recuerdos que tengan que ver con el sujeto, esta elaboración habrá culminado, el yo finalmente estará libre y podrá encaminar su energía libidinal hacia un nuevo objeto de amor. En este sentido el autor determina un momento final del proceso de duelo, que es la aceptación de la realidad de la pérdida.

En “Duelo y melancolía” Freud presenta una definición de duelo y describe las principales características de cómo se manifiesta dicho estado en el sujeto, a pesar de que la intención del autor en esta obra parece no querer delimitar etapas, Freud identifica estos dos momentos que se han revisado, negación y aceptación de la realidad, éste ha sido el punto de partida de la posterior sistematización del proceso de duelo en fases.

Elizabeth Kubler-Ross, médica psiquiatra suiza, fue la pionera en sistematizar las etapas del duelo. Su modelo, es utilizado hasta la postre en los estudios referentes a la muerte. En 1965, la Doctora Kubler-Ross, a propósito de la consulta de cuatro estudiantes, sobre la muerte, inicia junto a ellos, una serie de entrevistas con pacientes moribundos. Estos encuentros eran realizados bajo el consentimiento de los pacientes, en una sala adecuada con un vidrio de visión unilateral, que formaba dos ambientes, el que ocupaban los estudiantes y asistentes, y el ocupado por el paciente y los entrevistadores. Estas entrevistas tenían un objetivo principal: la comprensión de la muerte a través de quienes vivían este proceso. Posteriormente estos encuentros se convirtieron en seminarios de gran concurrencia. El trabajo realizado con los pacientes moribundos no solo representó un apoyo extraordinario para ellos, lo fue también para las familias de los pacientes y el personal del hospital, quienes alcanzaron una mejor comprensión de las diferentes manifestaciones que estos pacientes evidenciaban en su preparación para la muerte, integrándose de diferentes maneras, en una forma positiva a este proceso. Estas conferencias fueron la base para la

publicación de más de una decena de obras en donde Kubler-Ross, presenta una nueva visión sobre la muerte.

Tras el trabajo realizado con más de doscientos pacientes moribundos, Kubler-Ross determina que existen ciertos mecanismos de reacción que entran en funcionamiento durante una enfermedad mortal. (Kubler-Ross, 1993, p.58) Kubler-Ross sistematiza estos mecanismos en cinco fases, que son presentadas y explicadas a continuación.-

- a) Primera fase: Negación y aislamiento.
- b) Segunda fase: Ira
- c) Tercera fase: Pacto
- d) Cuarta fase: depresión
- e) Quinta fase: aceptación

a) Negación: “La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada e impresionante, permite recobrase al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales”. (Kubler-Ross, 1993, p.60).

La negación es la primera reacción ante una noticia que se presenta como una realidad demasiado abrumadora y angustiante para el paciente, este mecanismo es bastante habitual en las primeras fases de la enfermedad, por lo general no excluye a la realidad de forma total, es decir el sujeto tiene consciencia de la situación, pero hay momentos en los que la defensa se impone y hace que éste no reconozca su condición, negando la gravedad de la enfermedad. (Kubler-Ross, 1993, p.59-72)

“Cuando la sensación inicial de estupor empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: “No, no puedo ser yo”. Como en nuestro inconsciente somos todos inmortales, para nosotros es casi inconcebible reconocer que tenemos que afrontar la muerte”. (Kubler-Ross, 1993, p.64).

Kubler-Ross manifiesta que para el inconsciente la posibilidad de morir, no existe, la muerte se percibe como algo ajeno, una realidad que sucede a otros pero es imposible para uno

mismo, quizás esa sea la causa por la que enfrentarse a ella, resulte tan doloroso para el sujeto e inaceptable para su psiquismo.

La negación puede llegar a estados de un total rechazo de la realidad, el sujeto parece atravesar una completa enajenación de su situación. Uno de los casos que presenta la Doctora Kubler-Ross en “De la muerte y los moribundos” (1993), muestra de manera evidente cómo opera la negación, una paciente hospitalizada por una enfermedad terminal del hígado, negaba su condición de salud, esto entorpecía su tratamiento porque no se sometía a los procedimientos necesarios para la enfermedad. “Cuando vimos a la paciente, estaba exageradamente jovial, reía tontamente, y nos aseguró que estaba completamente bien.” (Kubler- Ross, 1993, p.66). La negación así como los demás mecanismos con que el sujeto se enfrenta a la pérdida, deben ser sostenidos por quienes rodean al sujeto, sostener la negación no significa alimentarla, sino respetar las reacciones del sujeto sin irrumpir este proceso necesario que lo prepara para una posterior aceptación de la realidad.

b) Ira: la etapa de negación no puede sostenerse por mucho tiempo, la realidad se impone al sujeto y esta fase es sustituida por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento. “En contraste con la fase de negación, esta fase de ira es muy difícil de afrontar para la familia y el personal. Esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.” (Kubler-Ross, 1993, p.74). En esta etapa, el sujeto proyecta su ira hacia quienes lo rodean. Debido a una falta de entendimiento de los mecanismos propios del proceso que vive el moribundo, familiares y personal de cuidado, en ocasiones, reaccionarán de manera desfavorable ante las manifestaciones de ira del paciente. La pregunta que caracteriza a esta fase es: “¿Por qué a mí?”, quién atraviesa esta etapa, no logra aceptar, por qué le tuvo que pasar a él, y no a cualquier otra persona, generándose así, sentimientos de envidia hacia la salud de los demás y resentimiento. (Kubler-Ross, 1993, p.73-76).

c) Pacto: Como su nombre lo indica, esta fase consiste en el planteamiento (generalmente secreto), de un acuerdo del sujeto con Dios, o figuras que puedan realizarle concesiones particulares, en el cual, el paciente entrega algo, a cambio de más días de vida o disminución del dolor. En la mayoría de casos, estos “pactos” son hechos con Dios, en esta etapa el paciente se aferra a la vida a través de la fe. La doctora Kubler-Ross, menciona en

su texto “De la muerte y los moribundos” (1993), que las promesas que se hacen en la etapa de pacto, podrían esconder sentimientos de culpa, originados por ideas irracionales que guarda el paciente, ante una promesa que finalmente no reciba lo esperado a cambio, el sujeto podría experimentar un mayor desazón, por lo que, es importante que estas promesas no pasen desapercibidas. (Kubler-Ross, 1993, p.111-114).

d) Depresión: Cuando la condición del enfermo se va haciendo más compleja, los mecanismos anteriores dejan de operar, y son sustituidos por una profunda sensación de pérdida. La depresión que sufre el enfermo, puede ser de dos tipos, la primera es la reacción ante la serie de pérdidas que ha atravesado, el paciente moribundo, no solo ha perdido su salud, también ha perdido todo lo que era su vida antes de la enfermedad, su empleo, la dinámica de su familia, sus actividades, etc., el segundo tipo de depresión es la reacción ante la pérdida inminente de la vida, el paciente está consciente de que pronto perderá todo vínculo afectivo y material con las personas que ama, el dolor que experimente en esta etapa lo ayudará a prepararse para una siguiente fase: la aceptación.

e) Aceptación: “Si un paciente ha tenido bastante tiempo (esto es, no una muerte repentina e inesperada) y se le ha ayudado a pasar por las fases antes descritas, llegará a una fase en la que su “destino” no le deprimirá ni le enojará” (Kubler-Ross, 1993, p.147). Todas las fases anteriores han ayudado al paciente a llegar a un momento en el que ha aceptado su muerte, la aceptación es una fase casi desprovista de sentimientos, el paciente ha alcanzado tranquilidad, ha superado las preocupaciones que lo atormentaban, empieza una ruptura con el mundo exterior, en esta etapa el enfermo finalmente experimenta una sensación de paz. Esta es una fase especialmente difícil para la familia del paciente, el enfermo ha empezado a alejarse de sus familiares y ha perdido interés por lo que le rodea, para la familia aquí empieza la elaboración del duelo por la pérdida de su ser querido. (Kubler-Ross, 1993, p.147-150).

Las cinco fases presentadas con sus características constituyen el modelo de elaboración de el duelo de Kubler-Ross; como ya se mencionó este modelo es la base de otras sistematizaciones que se realizaron a la postre; se revisará a Jorge Montoya Carrasquilla, Doctor en Medicina, quien cuenta con un amplio trabajo en temas relacionados con tanatología y adultez tardía. Este médico latinoamericano, menciona en su obra “Pérdida,

Aflicción y Luto” (2012), que la presentación de un modelo teórico de fases del duelo, nos permite entender al duelo como un proceso y no como un hecho, la dinámica de este proceso no es progresiva, la persona puede encontrarse dentro de una determinada fase y experimentar un retroceso a una fase anterior, esto dependerá de muchos factores personales y circunstanciales. En este sentido las fases del duelo no tienen necesariamente una estructura ascendente u ordenada, sino más bien una estructura que se corresponde al mundo anímico interno de quien lo atraviesa. (Montoya, 2012, p.50).

A continuación se presenta la clasificación y descripción de las etapas del duelo realizada por este autor en “Pérdida, Aflicción y Luto” (2012).

Primera fase: Aflicción aguda

Esta fase se puede comparar con un estado de shock emocional por la similitud de sus expresiones, la duración de este primer período generalmente es de tres meses, pero esto puede variar de acuerdo a cada persona, Montoya menciona algunas características de esta fase, que se detallan brevemente a continuación:

Incredulidad: es la primera respuesta ante una pérdida, la persona que se enfrenta a esta situación fluctúa entre estados de negación y aceptación de la realidad, la negación funciona como un mecanismo que le ayuda a enfrentar su angustia.

Anulación psíquica: la capacidad de comprensión de la persona se encuentra en una especie de obstrucción temporal, los sentidos especialmente la audición y visión se convierten en los canales predominantes de interacción con el medio. En este orden la memoria sensorial está muy activa y hay hipersensibilidad a la comunicación no verbal.

Confusión e inquietud: tras una pérdida, la persona queda desorientada, se siente confundida, no sabe qué hacer, además de esto se muestra inquieta, lo cual es una forma de descargar la angustia.

Oleadas de angustia aguda: son pequeñas crisis de angustia acompañadas de llanto, agitación, debilidad muscular, sensación de ahogo, opresión en el pecho, que se disparan por el recuerdo de lo perdido.

Despersonalización-desrealización: sensación de extrañeza frente a la realidad, la persona se siente rara, percibe a su situación como irreal.

Pensamientos obsesivos: pensamientos recurrentes sobre lo que tiene que ver con la pérdida, hay una tendencia a imaginar posibilidades contrarias a la realidad demasiado positivas.

Síntomas físicos: manifestaciones orgánicas que pueden presentarse como: sequedad de boca y mucosa, respiración suspirante, debilidad muscular, llanto, temblor incontrolable, perplejidad, trastornos del sueño y del apetito, manos frías y sudorosas, bostezos, mareos, palpitaciones, etc.

Otras reacciones: negativismo, fantasías suicidas, dificultad de concentración, incapacidad transitoria para el mantenimiento de actividades de la vida diaria.

Segunda fase: Conciencia de la pérdida

Una vez que todas las personas que rodean al doliente vuelven a su vida normal, el sujeto siente la afección de este vacío, se enfrenta de repente a todas las dimensiones de lo que ha significado esta pérdida. Sus características más importantes son:

Ansiedad de separación: nerviosismo, sensación de desasosiego, protesta y malestar por la separación, según el autor ésta es una de las sensaciones de mayor persistencia en un duelo.

Estrés prolongado: aunque el doliente haya desarrollado buenas estrategias de afrontamiento de la situación, una pérdida es un acontecimiento que le significa altos grados de estrés, por lo que la activación de los ejes fisiológicos perdura por un tiempo considerable.

Culpa: se hace presente en cualquier tipo de pérdida y puede ser de dos tipos: racional o irracional, la primera está directamente relacionada con la causa de muerte y la segunda se relaciona con la idea de si se pudo haber hecho algo para evitar la muerte y no se hizo.

Rabia, agresividad e intolerancia: La persona está muy irritable, poco tolerante y es común que descargue todos estos afectos en quienes lo rodean, lo cual genera conflicto con su medio.

Comportamiento de búsqueda: el doliente no acepta por completo la pérdida, y suele confundirlo con personas parecidas, es decir hay una idea irracional momentánea de que la persona podría reaparecer.

El sentir de la presencia del muerto: no ocurre siempre, la persona siente que el difunto está cerca o va a llegar, siente su olor, cree que lo ve, etc., lo importante dentro de esta característica es discernir si la persona se siente tranquila con estas sensaciones que experimenta o si le causan algún miedo o angustia.

Ensoñación: durante un duelo los sueños se hacen más frecuentes.

Otras reacciones: aunque en un grado menor que durante la primera fase todavía en esta fase se puede ver algún grado de incredulidad, negación, llanto, añoranza, trastornos del sueño.

Tercera fase: Conservación-aislamiento

Período caracterizado por una profunda aflicción. Principales características:

Aislamiento: la persona prefiere estar sola, se encuentra cansada, con una sensación de fatiga causada por los altos niveles de estrés que vivió en los meses anteriores.

Impaciencia: hay cierta desesperación por seguir sintiendo dolor y no encontrarse mejor a si mismos, surge la duda, de que si el duelo será un estado pasajero o tendrán que sobrellevar por mucho tiempo el dolor.

Repaso obsesivo: la persona repasa internamente una y otra vez cómo se dieron los hechos alrededor de la pérdida.

Apoyo social disminuido: las redes de apoyo ya no están presentes como al inicio, el medio ve al dolor prolongado como un signo de debilidad y adoptan una posición crítica más que de soporte.

Necesidad de sueño: hay necesidad de más horas de sueño, la persona está agotada física y mentalmente, el sueño es una necesidad fisiológica propia de la aflicción.

Otras reacciones: En esta fase se encuentran también sentimientos de desesperación, impotencia, desamparo e irritabilidad.

Cuarta fase: Cicatrización

La persona acepta la pérdida tanto racional como emocionalmente, incorpora este hecho a su nueva realidad, esto no excluye la posibilidad de sentir dolor, pero la angustia disminuye considerablemente. Lo más importante de esta fase:

Reconstrucción de la forma de ser: es el proceso de volver a ser otra persona, comprende el balance de los conceptos previos y posteriores a la pérdida, el resultado de eso es la base de la reconstrucción.

Retomar el control de la propia vida: tras una pérdida significativa, la persona pierde el control de su propia vida en varios sentidos. Retomar el control es un proceso que inicia con acciones tan pequeñas como empezar a alimentarse bien, volver a planificar actividades etc., es decir vincularse de nuevo con el entorno y con uno mismo.

Abandono de papeles anteriores: esto se refiere a que tras la pérdida es inevitable asumir nuevos roles y dejar atrás algunas cosas, que la nueva realidad ya no permite.

Búsqueda de un significado: es una de las tareas más complejas durante todo el proceso, pero es en esta fase en la que la persona empieza a lograr ver de otra forma lo sucedido

construyendo así un sentido, dando respuesta a todas las inquietudes que lo abrumaron durante todo ese tiempo.

Cierre del círculo: la persona debe reconstruir su mundo en tres dimensiones: realidad, sentido de vida y personalidad.

Perdón y olvido: esta etapa básicamente se refiere a la aceptación de la pérdida.

Otras reacciones: en esta fase la persona se siente más fuerte físicamente, recupera las energías y emocionalmente también hay una mejoría.

Quinta fase: Renovación

Una vez que la persona ha recuperado una imagen positiva del mundo y de sí mismo, y ha retomado su estilo de vida anterior, está dentro de la última fase del duelo. Sus características más importantes son:

Vivir para sí mismo: cuando el apego se resuelve, la persona se encuentra con una nueva concepción de sí mismo y su entorno, esta forma actual de ver la vida es positiva.

Aprender a vivir sin la persona: La persona excluye al fallecido de su nuevo mundo, como medio adaptativo, esto resulta difícil y doloroso, pero necesario en el proceso de renovación.

Reacciones de aniversario: se experimentan reacciones y síntomas parecidos a los que se vivió durante las primeras fases del duelo.

Como se puede evidenciar en este segundo modelo de las fases del duelo, algunos nombres de los periodos de este proceso cambian, pero tienen absoluta correspondencia con el modelo presentado por la Doctora Kubler-Ross. A partir de esto se colige que las fases del duelo son momentos que van acompañados de conductas, sentimientos y expresiones emocionales que vive el sujeto tras la pérdida, estas fases siguen una suerte de orden, que va desde la negación, sentimientos de ira, angustia, aislamiento, aflicción, hasta la asimilación tanto emocional como intelectual de la pérdida y su incorporación a la realidad.

Cabe anotar que es posible que el sujeto experimente sentimientos propios de una fase, cuando se encuentre dentro de otra, esto indica que el orden de estos periodos no es estricto, es una generalidad que puede variar de acuerdo a las circunstancias de cada persona al igual que los tiempos de procesamiento.

La sistematización del proceso de duelo no solo constituye un importante aporte teórico, sino también una herramienta terapéutica que permite al doliente conocer que los sentimientos y estados emocionales que atraviese durante el mismo, son parte de un camino que lo llevará finalmente a la elaboración y aceptación de determinada situación que generó un duelo.

El paso del sujeto por estas fases supone el recorrido de su readaptación al mundo.

El Doctor estadounidense William Worden realiza un importante aporte al estudio del duelo cuando sugiere que dentro de estos distintos momentos es necesario que el doliente resuelva tareas concretas, para lo cual establece conductas específicas que tienen que aparecer como respuesta a dichas tareas. Se puede considerar al Modelo de fases y tareas de duelo como complementarios, ya que no se contraponen entre sí, al contrario enriquecen la descripción de cómo se singulariza este proceso en el sujeto. A continuación se presenta y describe las tareas de duelo de William Worden:

1.3. TAREAS DE DUELO

Tras el aporte de la Dra. Elizabeth Kubler-Ross, con una sistematización de las Fases del Duelo, surge otra propuesta de trascendencia dentro de los trabajos que se han realizado alrededor de esta temática. El Doctor William Worden quien ha concentrado su estudio en temas tanatológicos, presenta en su obra “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia”, una descripción de los mecanismos del duelo y los procedimientos que la persona deberá seguir para afrontar la pérdida. La diferencia entre los trabajos de Worden y Kubler Ross, es que para el primero no existen fases dentro del duelo, aduciendo que este no es un proceso que siga un orden cronológico. De acuerdo al modelo de Worden el proceso de duelo se realiza a través de cuatro tareas. Estas tareas son las siguientes:

- Aceptar la realidad de la pérdida
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

- Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

W. Worden trabaja el duelo con enfoque conductual, por lo que define con precisión los componentes cognitivos conductuales y emocionales que la persona experimentará durante este proceso.

Por otro lado Alba Payás Puigarnau, psicoterapeuta formada en la Fundación E. Kubler-Ross, de Estados Unidos, plantea una interesante analogía en su obra “Las tareas de duelo”, (2010), “Decir que la teoría de etapas o fases en el duelo predetermina un camino único a los dolientes es como decir que la teoría de las fases del desarrollo de un embrión o del niño en su proceso de crecimiento predetermina un resultado único,” (Payás, 2010, p.121), esta comparación es bastante clara al explicar que al igual que sucede con el desarrollo del embrión, proceso idéntico de formación, cuyo resultado último es un individuo con características particulares, no se debe entender al duelo como un proceso sistemático rígido y generalizado, ya que a pesar de que el sujeto hace un recorrido que contempla etapas y tareas similares, la experiencia es singular, lo cual hace que el resultado de este proceso sea distinto para todos quienes lo atraviesan, Payás expone un modelo Gestáltico del proceso de duelo que comprende cuatro fases y tareas.

- Aturdimiento y choque: Afrontar la vertiente traumática de la pérdida.
- Evitación y negación: manejar el sistema defensivo.
- Conexión e integración: elaborar los aspectos relacionales de la pérdida.
- Crecimiento y transformación: experimentar la integración y los cambios.

Estas fases y las tareas que les corresponden se interrelacionan, y progresan de manera natural a través del tiempo, es decir se entiende al duelo como una experiencia única y compleja, que comprende diferentes necesidades y respuestas, que se presentan una y otra vez a lo largo de este proceso. (Payás, 2012, págs. 122-124)

A continuación se describe y establece una relación entre cada una de las tareas de duelo planteadas por William Worden y expuestas por Alba Payás Puigarnau, partiendo desde W. Worden.

Tarea I: Aceptar a la realidad de la pérdida

Inmediatamente después de suscitada la pérdida, la persona está embargada por una sensación de irrealidad, el doliente se niega a reconocer las dimensiones de lo que significa una pérdida, esta primera tarea precisamente consiste en una aceptación plena de la realidad, es decir asumir que el reencuentro con quien se ha ido es imposible, aceptar que la pérdida es irreversible.

W. Worden en su obra “El tratamiento del duelo” (1997), expresa que: “Lo opuesto de aceptar la realidad de la pérdida es no creer mediante algún tipo de negación. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados en la primera tarea. La negación se puede practicar a varios niveles y tomar varias formas, pero la mayoría de las veces implica negar la realidad, el significado o la irreversibilidad de la pérdida” (Worden, 1997, p.28). En este sentido, el autor menciona varios mecanismos de negación, entre los cuales se contemplan los siguientes:

- a) La momificación: ésta consiste en la conservación de posesiones de quien ha muerto, la función de este mecanismo es mantener a través de un objeto real contacto con la persona.
- b) Personificación: del fallecido en otra persona: el doliente ve al fallecido personificado en un familiar cercano, este pensamiento distorsionado, amortigua la intensidad de la pérdida, pero de ninguna manera es un mecanismo que resulte satisfactorio.
- c) La minimización: del significado de la pérdida: la persona resta importancia a la pérdida, queriendo con esto evadir el impacto que tendrá en su vida.
- d) Olvido selectivo: la persona bloquea contenidos e imágenes de quien se ha marchado.
- e) Espiritismo: se basa en la idea de un reencuentro futuro con el fallecido.

La aceptación de la pérdida tiene una dimensión intelectual y otra emocional, la persona acepta intelectualmente la pérdida de forma inmediata, pero a nivel emocional le resulta complejo, ya que las emociones siguen anudadas a ese objeto perdido, esto hace que atravesase estados de creencia e incredulidad, expresados en comportamientos muchas veces irracionales o motivados por la fantasía. De acuerdo al modelo expuesto por Payás, una de las tareas de la primera fase del duelo es precisamente asimilar la realidad de la pérdida, tras un evento de esta naturaleza, la primera reacción del sujeto es un estado de

incredulidad, confusión y aturdimiento, todo lo cual lo mantiene en una especie de desconexión de la realidad. Ambos autores explican que la aceptación conecta al sujeto con la realidad y lo ayuda en el proceso de adaptación de su nueva situación. Pero además este modelo pone énfasis en la necesidad de precautelar la integridad física y mental del doliente; una pérdida significa para el sujeto un impacto emocional muy fuerte que desencadena altos niveles de estrés y angustia, estos estados no tardan en manifestarse como sintomatología somática, por ello algunas de las tareas que propone para esta etapa tienen como fin lograr en lo posible mantener la homeostasis del sujeto, en este sentido las tareas de la primera fase consisten en: manejar la sintomatología aguda, preservar el ego, elaborar los aspectos traumáticos relacionados con las circunstancias de la muerte. (Payás, 2012, págs.130-134). Los rituales tales como el funeral, las condolencias, el entierro, etc., practicados alrededor de la muerte en la mayoría de culturas, juegan un papel importante en la aceptación de la pérdida, ya que se reafirma y valida socialmente el acontecimiento.

La tarea de aceptación es particularmente compleja en el caso de una muerte súbita, la incredulidad será el estado que prime en este tipo de pérdidas, la validación de la muerte es mucho más difícil, y tomará más tiempo su elaboración. (Worden, 1997, págs. 27-30). Payás menciona en "Tareas del duelo" (2012), que si la muerte no ha sido un hecho anticipado, la reacción de aturdimiento y choque es mucho más intensa que en el caso de haber sido esperada, la sensación ante una pérdida repentina es tan abrumadora que las defensas del ego no son suficientes para protegerlo, por lo que el sujeto entra en un estado de estrés postraumático. De ahí la importancia de trabajar en la sintomatología física y los estados emocionales iniciales, como primera tarea en la elaboración del duelo. (Payás, 2012, págs.127-132).

Conectarse con el dolor es el primer paso para iniciar la elaboración de la pérdida, sin embargo esta tarea debe realizarse precautelando la integridad del sujeto a fin de evitar un posible colapso.

Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida

Cuando ha existido un fuerte vínculo emocional con una persona, es inevitable sentir dolor tras la pérdida de este ser amado. El entorno del doliente puede interferir negativamente en el proceso de elaboración del duelo, socialmente existe una idea errada de cómo ayudar a la

persona que ha sufrido una pérdida. Familiares y amigos cercanos generalmente tratan de que la persona “se distraiga” evadiendo el dolor y las emociones que acompañan una pérdida.

“Cualquier cosa que permita evitar o suprimir de forma continua este dolor es probable que prolongue el curso del duelo” (Worden, 1997, p. 31)

Con esto el autor expresa que las emociones provocadas por una pérdida se deben reconocer y sentir con plenitud, aunque resulte doloroso, esto posteriormente permite que el duelo se elabore, evadir el duelo puede traer consecuencias que se manifiestan en síntomas o conductas disfuncionales

Enfrentarse al dolor y conectarse con todas las emociones propias de un duelo es percibido como una posición insana, que bordea con lo patológico. La negación de esta segunda tarea es no sentir, para esto las personas utilizan diferentes mecanismos, el más usual quizá es bloquear pensamientos negativos, evitar recordar al muerto, el alcohol y las drogas constituyen otra forma de escapar de esta segunda tarea.

Las personas no deben huir del dolor, al contrario es indispensable que se permitan dar rienda suelta a todas las emociones que se susciten en ese momento, sabiendo que más adelante pasarán. Evitar el dolor en el momento de la pérdida acarrea la posibilidad de que más adelante haya una recaída, el sufrimiento que no se resuelve se arrastra a lo largo de la vida, mientras más tiempo transcurra después de la pérdida, hará más complejo el trabajo del dolor. (Worden, 1997, págs. 30-32).

Para Payás el ser humano desarrolla afrontamientos de evitación y negación que pueden clasificarse en estrategias cognitivas, conductuales o emocionales cuya función es minimizar la respuesta al estímulo doloroso, dichas estrategias se activan ante la pérdida de los vínculos afectivos evitando así la aflicción y el dolor. Estos mecanismos consisten en un entendimiento del suceso poco realista, evidenciado en respuestas emocionales y cognitivas que no se corresponden a los hechos.

La diferencia de las posturas de estos dos autores en relación a las tareas de la segunda fase, es que para el modelo expuesto por Payás la negación funciona como una estrategia adaptativa que protege al sujeto, la tarea consiste entonces en partir de la negación para

hacer un ajuste gradual con la realidad, este es un mecanismo saludable siempre y cuando sea transitorio. “Más que en ningún otro momento del proceso, las tareas de evitación y rechazo reflejan el compromiso del organismo entre la necesidad de proteger de un sufrimiento excesivo y la necesidad de avanzar en el procesamiento de la información traumática tolerando una sintomatología necesaria.” (Payás, 2012, p.140). En relación a este enunciado se puede ver como Payás ubica a la negación transitoria como respuesta de afrontamiento, y en base a ello la tarea consiste en proteger al ego, y los niveles del impacto emocional. Para este autor las tareas relacionadas al manejo del dolor, se dan mayormente en la tercera fase: conexión e integración, etapa en la que el sujeto desarrolla estrategias de afrontamiento partiendo de la aceptación de la pérdida, aquí el sujeto está mucho más conectado con sus emociones, los sentimientos de tristeza, aflicción etc., lo ayudan a mantener vigente el vínculo con el objeto de amor perdido. Los sentimientos que afloran en relación a la pérdida no son siempre positivos por lo cual es importante trabajar en las Tareas de expresión de perdón, gratitud y amor. (Payás, 2012, págs.138-165).

Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente

Esta tarea depende de cómo era la relación con la persona que se ha perdido. Worden estima que el darse cuenta de cómo es la vida sin el objeto de amor ausente, sucede alrededor de los tres meses.

Cuando se pierde a una persona, no hay una consciencia inmediata de todo lo que se ha perdido, cada persona representa más de un rol dentro de una relación, cuando las personas tienen que asumir nuevas actividades que antes eran desempeñadas por quien se ha ido, se genera un malestar y una sensación de inadaptación. La pérdida de un ser amado crea la necesidad de desarrollar nuevas habilidades que le permitan cumplir con los roles del ausente, cuando se fracasa en este intento, es decir cuando no se puede realizar algo como lo realizaba quien ya no está, la persona puede experimentar sensaciones de baja autoestima. Las personas no solo se ven enfrentadas a adaptarse a los nuevos roles que deben desempeñar, sino también se cuestionan aspectos del significado de su propia existencia, esto sucede generalmente con personas cuyo sentido de la vida ha tenido una relación exclusiva con el objeto perdido, por ejemplo existen muchas mujeres que han dedicado su vida al cuidado de sus parejas, hijos o padres. En este contexto, una pérdida tiene partida doble, por un lado la del ser querido y por otro la del propio rol. A medida que

transcurre el tiempo la persona va adaptándose a sus nuevas responsabilidades y tareas incorporando así un nuevo estilo de vida, los cuestionamientos que pudieron formarse en un inicio sobre sí mismos, son remplazados por una autopercepción positiva, la persona entonces aprende nuevas formas de enfrentarse al mundo y es capaz de seguir adelante con normalidad.

Para Worden la tercera tarea se enfoca especialmente en el trabajo de adaptación, mientras que para Payás la tercera tarea se dirige al trabajo de las emociones y al cierre de los asuntos que pudiesen haber quedado inconclusos, además propone la conexión con lo perdido, con uno mismo y con los demás, lo cual significa incorporar todas las dimensiones de la nueva realidad.

Una pérdida a causa de muerte puede remover creencias religiosas, filosóficas, etc., entender el sentido de la partida de un ser amado puede desestabilizar el sentido de la propia vida. Quien ha tenido esta experiencia puede sentir que su vida no tiene rumbo. Tras el fallecimiento de una persona, el doliente se enfrenta a la finitud de la vida, el ser humano cree poder hacerlo todo, olvidando que existen aspectos que están fuera de su control y cuando se encuentra con la muerte encara con impotencia su naturaleza de mortalidad, generándose en él sentimientos de ira.

Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo

En relación a esta tarea Worden explica que él hizo una modificación de este postulado. En los primeros escritos de “El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia”, la cuarta tarea era “Retirar la energía emocional del fallecido y reinvertirla en otra relación”. Este postulado era bastante cercano al Freudiano. “Este concepto lo postuló Freud cuando dijo: “El duelo supone una tarea psíquica bastante precisa que hay que realizar: su función es desvincular las esperanzas y recuerdos del muerto”. Aunque creo que esto es verdad, la manera en que denominaba la tarea IV llevaba a confusiones” (Worden, 1997, p.34). El autor menciona que esta forma de describir la cuarta tarea parecía un proceso automático, que consistía en la simple acción de retirar los afectos de lo que se había perdido y ponerlos en otro objeto de amor.

Worden sugiere que cuando una relación ha sido significativa, el ser humano nunca logra remover totalmente los recuerdos, y olvidar a esa persona. El ser amado no es eliminado de

la vida psíquica nunca, hacerlo implica un acto dañino y contraproducente, en este sentido la tarea consiste en reposicionar a este objeto perdido, al inicio de una pérdida el objeto amado sigue teniendo una importancia central y determinante. (Worden, 1997, págs. 34-36) Durante la investigación de campo de esta disertación, uno de los adultos mayores asilados que participó con su testimonio, mencionaba que guarda un poco de la comida que le sirven diariamente para dársela a su hijo cuando venga de visita. Al averiguar sobre la relación de esta mujer con su hijo, el personal de cuidado supo decir que las visitas que este hacía a su madre eran muy esporádicas, en este caso el objetivo de la tarea de duelo no es que esta madre olvide a su hijo, aunque él se haya desligado de su cuidado, El hijo de esta mujer siempre va a ocupar un lugar importante en su vida, pero es necesario que asimile el hecho de que ya no está junto a ella, el acto de guardar comida para él es un símbolo que la hace sentir que está cerca. Este caso es un ejemplo de cómo el objeto de amor perdido no ha pasado a una posición que permita a la persona continuar la vida con normalidad, el pensamiento sigue volcado sobre quien se ha marchado y hay un evidente olvido del sí mismo.

Después de una pérdida se sigue actuando en función de ese objeto de amor, se rememora mucho a la persona y los afectos continúan fijados sobre ésta, dejando de lado aspectos personales importantes como actividades que se solía realizar, decisiones, en general autonomía sobre la propia vida, por un tiempo el sentido de la propia existencia continua en función de quien se marchó. Con cierto esfuerzo y concientización, más adelante el ser humano se recupera a sí mismo como sujeto vivo que siente, que ama, que decide, el objeto de amor es colocado en lugar relevante del que nunca se va a ir, pero la vida retoma su curso. El amor que se sintió por una persona es un hecho que no se anula al encontrar un nuevo amor o continuar la vida con normalidad, “recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo”, es poner al objeto de amor en una posición que no interfiera con el curso de una vida que sigue con muchas otras personas y situaciones que lo esperan. No permitirse volver a amar, estancándose en el recuerdo de lo que se perdió, es lo que hace que esta cuarta tarea no se pueda realizar.

La pregunta que siempre salta al hablar de un proceso de duelo, es: ¿Cuándo se termina un duelo?, es común también escuchar en quienes atraviesan una pérdida: ¿Cuándo dejaré de sentir este dolor?, ¿Cuándo olvidaré a esta persona? Pues bien, en función de lo que se ha revisado, en primera instancia el proceso de duelo no implica un olvido, sino una

recolocación psíquica del objeto, acompañado de un trabajo con las emociones así como la aceptación e incorporación de la nueva realidad. Hablar de tiempos para completar esta tarea resulta muy general tomando en cuenta que una pérdida es una situación por demás particular. Todo dependerá de la naturaleza de la relación con lo perdido, el grado de cercanía, las circunstancias bajo las que se suscite la pérdida etc. Para la Doctora Kubler-Ross el proceso de duelo termina cuando el sujeto ha aceptado la pérdida, dejando atrás la ira y aflicción que en un momento pudo sentir, para pasar a un estado de tranquilidad y paz con su realidad.

De acuerdo al DSM IV, los síntomas del duelo normal son pasajeros y no muy intensos, este manual de diagnóstico clínico establece que si las manifestaciones propias de este estado se prolongan por más de dos meses y existen síntomas graves, como los relacionados al menosprecio personal, ideas suicidas, pérdida de apetito, insomnio, alucinaciones y desidia generalizada, el paciente podría estar presentando un Episodio Depresivo Mayor, a pesar de que exista una razón específica para estar deprimido. (Morrison, 2008, p.584).

Para Payás la última fase de la elaboración del duelo consiste en una transformación profunda, el sujeto finalmente entiende a la pérdida como parte de su historia personal, y convierte a este hecho en un punto de cambio. “Extraer los frutos de la relación perdida y aplicarlos en la vida presente y futura es una de las tareas de esta última etapa.” (Payás, 2012, p.184). La última tarea consiste en lograr que el objeto perdido, pase a ser una representación interna, que funcione como una fuente de seguridad y amor. Tanto para Payás como para Worden, el fin de un proceso de duelo es colocar al objeto en un lugar importante, pero que no interfiera en forma negativa, con la vida actual del sujeto.

Para W. Worden el proceso de duelo termina cuando se completan las cuatro tareas; en términos más generales se puede decir que una señal de que el duelo ha concluido es cuando la persona puede evocar lo que perdió sin una irrupción emocional desbordante como sucedía al inicio.

Durante las entrevistas con los adultos mayores, que participaron como objeto de este estudio, se pudo observar con claridad duelos que no habían sido elaborados, sus relatos eran interrumpidos por manifestaciones físicas como llanto, temblor y un visible malestar. Worden señala que existen casos en los que el duelo parece no terminar nunca, la muerte

del ser amado y de los hijos, son pérdidas particularmente difíciles de tramitar. “Una viuda que perdió a un hijo adulto me dijo después de un período de duelo prolongado y doloroso: ¡Las expectativas te destrozan! Ahora me doy cuenta de que el dolor nunca se va del todo. Vuelve, pero puedo recordar momentos de mejoría entre medio,” (Worden, 1997, p.37). Este testimonio da cuenta de que en ciertos casos no se puede hablar del duelo en términos de un proceso que inicia y tiene fin, el duelo será esa reacción frente a la pérdida que permanezca silente durante toda la vida y aparezca de forma itinerante.

“El duelo se puede acabar, en cierto sentido, cuando la persona recupera el interés por la vida, cuando se siente más esperanzada, cuando experimenta gratificación de nuevo y se adapta a nuevos roles. También hay un sentido en el que nunca acaba” (Worden, 1997, p.38). En referencia a esta frase de W. Worden mediante la cual sintetiza el momento en el que un duelo se concluye, se puede decir que, tras una pérdida, el objeto de amor siempre se coloca en un espacio de la psique, por tanto después de que hayan pasado los momentos más tormentosos que vienen junto a la pérdida, en donde las expresiones de dolor y los sentimientos son muy fuertes, la vida retoma el curso normal, pero éste nunca será igual, el espacio en donde habita el recuerdo de lo perdido, está dentro de cada persona, en razón de esto un aspecto muy importante en la elaboración del duelo es saber y aceptar que lo que se perdió siempre va a estar presente y la tarea es aprender a sobrellevarlo.

Partiendo del trabajo de la Doctora Kubler-Ross se han postulado varios modelos que plantean al proceso de duelo como una sucesión de etapas, otros autores que se fundamentan en el modelo del Doctor William Worden, no definen al duelo como un conjunto de fases, sino como una serie de tareas que el sujeto tiene que realizar para elaborar la pérdida. Estos dos caminos para entender el proceso de duelo, no son contrarios, por un lado las fases del duelo describen los diferentes estados y emociones, desencadenados por el impacto avasallador que puede significar la ruptura del vínculo, y por otro lado las tareas de duelo hacen énfasis, en las conductas que tienen que aparecer para sobrellevar una pérdida, las fases del duelo caracterizan los diferentes momentos que se viven tras la pérdida, las tareas son complementarias en el sentido de que plantean acciones concretas durante estos momentos.

1.4. DUELO PATOLÓGICO

La melancolía es una disposición patológica de la conducta, clasificada por El DSM-IV dentro de los “Trastornos del estado de ánimo”. Se la define como “Episodio depresivo mayor”, “éste no es un diagnóstico codificable y constituye uno de los “ladrillos” de los trastornos del estado de ánimo” (Morrison, 2008, p.208). Este trastorno es uno de los problemas más comunes por los que el paciente busca asistencia. Su principal característica es la incapacidad de disfrutar la vida que experimenta el sujeto, el paciente se siente deprimido, tiene problemas con la alimentación y el sueño, tiene sentimientos de culpa, pérdida de energía, vitalidad, dificultades para concentrarse y pensamientos sobre la muerte que pueden devenir en intentos autolíticos. El episodio depresivo mayor debe satisfacer los cinco criterios enlistados a continuación para considerarse como tal:

- Cualidad del estado de ánimo depresivo o una pérdida del interés o el placer.
- Debe haber existido durante un periodo mínimo de tiempo.
- Se acompaña de un número necesario de síntomas.
- Ha derivado en discapacidad.
- No viola ninguna de las exclusiones enumeradas.

Una vez revisado el criterio clínico de la melancolía, se analizará al duelo patológico desde la obra de Freud “Duelo y melancolía” (1917)

El duelo patológico y el duelo normal son estados que comparten algunas características; ambos pueden presentarse como reacción frente a circunstancias en la vida del sujeto también parecidas, como la muerte de un ser amado. Sin embargo existen particularidades que los diferencian; en el duelo patológico el sujeto evidencia sentimientos que van direccionados a su auto castigo y menosprecio, por otro lado un duelo patológico no siempre responde a una pérdida real, muchas veces el sujeto desconoce a nivel consciente qué lo sumerge en este condición. Una vez revisado qué es el duelo y cómo opera, a continuación se establece una diferenciación con la melancolía.

“La melancolía es la afectación profunda del deseo, concebida por Freud como la psiconeurosis por excelencia, caracterizada por una pérdida subjetiva específica, la del yo mismo”. (Chemama y Vandermersch, 2004, p.421).

En “Duelo y melancolía” artículo de 1917 escrito por S. Freud se establece la diferencia entre el duelo normal y la melancolía, en esta obra Freud describe el proceso psicodinámico que opera en la melancolía en términos de una identificación con el objeto perdido.

Tanto el duelo como la melancolía son reacciones que sobrevienen tras una pérdida, en el caso del duelo lo que se pierde generalmente es el objeto de amor, mientras que en la melancolía el objeto perdido pertenece a un orden mucho más ideal que en el duelo, “en la melancolía puede reconocerse que esa pérdida es de naturaleza más ideal” (Freud, 2001, p.243). La diferencia por la que parte la comparación entre duelo y melancolía, es que el duelo es un proceso normal mientras que la melancolía es patológica. Freud en “Duelo y melancolía” (1917), expone que en ambas el sujeto experimenta aflicción, falta de interés por el mundo exterior, inhibición de toda productividad y pérdida de la capacidad de amar, todas estas reacciones son afectos normales y esperados tras una pérdida, sin embargo la melancolía incluye otro síntoma que la diferencia del duelo: la perturbación del sentimiento de sí mismo.

“El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja de su sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo”. (Freud 2001, p.243).

En el proceso de duelo gran parte de la energía libidinal está concentrada en el recuerdo del objeto perdido, y en los esfuerzos por retirar las investiduras libidinales de este, es por eso que todo aquello que no está relacionado con el objeto no es digno del interés del doliente. En el duelo hay una pérdida del objeto, se reconoce concretamente lo que se ha perdido, no hay nada que se escape del saber consciente del sujeto. En la melancolía se reconoce lo que se perdió, pero no se sabe que es lo que se ha perdido de este objeto, es decir nos encontramos ante una pérdida desconocida para la consciencia, lo inusual es que el sujeto denuncia una pérdida del yo, esto se hace evidente cuando se cataloga a sí mismo como despreciable, dice no ser digno del amor de quienes lo rodean, el sujeto es su propio blanco

de autorreproches. Entonces la pregunta que surge es ¿Qué ha sucedido para que una pérdida de objeto se mude en una pérdida del yo?

S. Freud en “Duelo y melancolía” (1917), hace una suerte de reconstrucción del proceso de cómo opera la melancolía, veamos:

“Hubo una elección de objeto, una ligadura de la libido a una persona determinada; por obra de una afrenta real o un desengaño por parte de la persona amada sobrevino un sacudimiento de ese vínculo de objeto. El resultado no fue el normal, que habría sido un quite de la libido de ese objeto y su desplazamiento a uno nuevo, sino otro distinto que para producirse parece requerir varias condiciones. La investidura del objeto resultó poco resistente, fue cancelada, pero la libido libre no se desplazó a otro objeto sino que se retiró sobre el yo. Pero ahí no encontró un uso cualquiera, sino que sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado.”

De acuerdo a esto, en la melancolía tras la pérdida del objeto, la libido que lo investía no fue retirada para ser puesta en un nuevo objeto de amor, como sucede en el duelo, sino que recayó sobre el yo del sujeto, estableciéndose una identificación con el objeto perdido, esta identificación es posible bajo dos condiciones: por un lado una fuerte fijación con el objeto y por otro una débil investidura libidinal, esta contradicción se explica debido a que la elección de objeto fue realizada sobre una base narcisista, es decir nunca hubo un amor de objeto sino una identificación con el objeto. Por tanto los autorreproches y autocastigos que se propina el melancólico, no están realmente dirigidos hacia él sino hacía el objeto perdido con el que su yo se ha identificado.

Para Freud la pérdida del objeto de amor es la ocasión en donde sale a la luz la ambivalencia de los vínculos afectivos, el objeto amado es denigrado a través de la denigración del yo. “Así la investidura de amor del melancólico en relación con su objeto, ha experimentado un destino doble; en una parte ha regresado a la identificación, pero, en otra parte, bajo la influencia del conflicto de ambivalencia, fue trasladada hacia atrás, hacia la etapa del sadismo más próxima a ese conflicto”. Este sadismo nos lleva a entender las acciones dañinas que el melancólico es capaz de causarse, el suicida se trata a sí mismo

como un objeto. El daño que se provoca el sujeto está realmente dirigido a ese objeto perdido con el que se ha identificado el yo.

Se puede concluir entonces que la melancolía es un estado patológico desencadenado por una pérdida de objeto de naturaleza ideal, de la cual la consciencia no conoce por completo todos sus contenidos. La libido no sigue el recorrido normal como sucede en el duelo, ésta energía vuelve al yo y establece una identificación patológica con el objeto perdido.

1.5. DUELO EN LA ADULTEZ TARDIA

La adultez tardía es una etapa de cambios y adaptaciones continuas, es el momento en la vida del individuo en la que se experimenta más pérdidas que en cualquier otra fase, el enlentecimiento o pérdida de funciones, la muerte de seres queridos y familiares, la jubilación, el nido vacío y la viudez son eventos que caracterizan a esta edad. Esta multiplicidad de pérdidas que limitan la autonomía e independencia del adulto mayor y lo instauran en una posición social pasiva, en cierto grado excluyente, exponen al anciano a estados de dolor, aflicción y crisis por la pérdida de la identidad.

“Según la teoría del desarrollo, el envejecimiento es un fenómeno que se redefine continuamente ya que es el resultado de la dialéctica entre procesos biológicos, psicológicos y sociales; esta interacción construye un juego de relaciones entre pérdidas y ganancias, entre cambios y estabilidad”. (Aimar, De Dominici, Stessens, Torre, Videla, 2010, p.49). De acuerdo a esta definición de envejecimiento, este proceso es una dinámica continua de pérdidas y ganancias en todas las dimensiones del sujeto, en su ser social, biológico, psicológico y cultural; es importante recoger la idea de que el envejecimiento también supone ganancias, saberes y experiencias que otorgan al sujeto un espectro más amplio de respuestas ante diferentes circunstancias, es quizá esta la razón por la que llegada la adultez tardía el sujeto está de alguna forma preparado para enfrentar todas las pérdidas que le sobrevienen.

En el desarrollo de esta investigación se pudo evidenciar cómo el adulto mayor asimila con cierta conformidad las pérdidas, entendiéndolas como hechos inevitables, que forman parte de la vida.

Santiago Rojas en "El manejo del duelo" (2008), explica que: "El anciano por lo general, presenta menor respuesta emocional que el joven frente a la muerte, pero padece más el duelo a nivel físico, probablemente por el deterioro propio de su edad o las alteraciones de salud que presente. Es posible que exista más aislamiento social y que la elaboración de las tareas sea más dispendiosa, ya que debe tener pérdidas acumuladas sin resolver, de diferente tipo". (Rojas, 2008, p. 40). A pesar de que en esta etapa el adulto mayor se encuentra cercano a situaciones de pérdida, cada duelo supone una nueva elaboración. Debido a la continuidad de las pérdidas, la demanda psíquica para el "yo" es cuantiosa, lo cual hace compleja la elaboración.

Se revisa a continuación un concepto de duelo en el cual se menciona la naturaleza del trabajo que realiza el "yo" en un proceso de duelo: "Todo proceso de duelo consiste en una tarea que realiza el Yo de manera consciente e inconsciente ante la pérdida de un objeto, las fantasías ligadas al mismo y las partes del Yo incluidas en ese objeto; ante la misma -el Yo- pone en marcha dos tendencias: una que la rechaza y otra que busca liberarse de la tendencia negadora de la dolorosa realidad" (Aimar, et, al. 2010, p.54). Para el adulto mayor las condiciones del yo previas a la muerte, son determinantes para una resolución exitosa o no del duelo, si el adulto mayor se encuentra en buenas condiciones de salud y en un ambiente que le provea seguridad, incorporará la realidad de la pérdida con menos sufrimiento.

La experiencia de duelo puede presentarse a raíz de varias circunstancias que van más allá de la muerte del sujeto; como se menciona anteriormente en la adultez tardía existen algunas situaciones que desencadenan duelos. El Doctor W. Worden describe algunas de estas causas en su obra "Tratamiento del duelo" (1997), las mismas que se revisan a continuación. (Worden, 1997, págs.172-177).

Interdependencia: los adultos mayores que han compartido la mayor parte de sus años con una pareja han desarrollado vínculos muy fuertes que devienen en relaciones de dependencia, en este tipo de casos ajustarse a la pérdida del cónyuge será muy complejo, reorganizar una estructura que ha perdurado por años, es una tarea bastante difícil para quien se ve enfrentado a ello.

Pérdidas múltiples: en la adultez tardía el número de muertes de familiares y amigos aumenta pues gran parte del entorno social está en un mismo grupo generacional, varias pérdidas en un tiempo corto pueden hacer que los duelos no se elaboren. Además de estas pérdidas W. Worden en “El tratamiento del duelo” (1997) menciona otras pérdidas que llegan en esa edad: “Además de estas pérdidas, hay otras que puede experimentar la persona de edad, como la pérdida de ocupación, de su ambiente, de las constelaciones familiares, de vigor físico, incluyendo las discapacidades físicas, la disminución de las propias sensaciones y, para algunos, la pérdida del funcionamiento cerebral. Worden explica que todas estas pérdidas pueden ser elaboradas, pero lo que complica este trabajo es que la capacidad de elaboración de los sujetos disminuye como consecuencia de las pérdidas consecutivas.

Conciencia de muerte personal: la muerte de los seres queridos de la misma generación del adulto mayor hacen de este hecho una realidad cercana, la persona toma conciencia de su finitud a partir de esta comparación con sus pares, lo cual les conduce a experimentar ansiedad existencial. Worden expresa que la conciencia de mortalidad resulta incomoda para los seres humanos pero es un punto necesario de trabajar durante la elaboración de un duelo.

Soledad: “Muchos ancianos en duelo viven solos. Un estudio que realizó Lopatta mostró que los viudos y viudas más jóvenes era más probable que se trasladaran de domicilio después de la pérdida, mientras que los más ancianos era probable que permanecieran en la casa (1979)” (Worden, 1997, p.175). El adulto mayor que vive solo experimenta sentimientos de soledad, esto agravado por algunos factores como la disminución de ciertas capacidades y con ello independencia para realizar sus actividades, deviene en una pérdida del autoestima, este escenario es más crítico para aquellos que han compartido la mayor parte de su vida con el cónyuge, tras esta importante pérdida los sentimientos de soledad aumentan pudiendo llegar a un estado de depresión. Muchos adultos mayores que enviudan necesitan atención particular tras la muerte de los cónyuges, la aflicción por este duelo sumado a las circunstancias de la edad, hacen que la elaboración sea un proceso muy doloroso, que quizás nunca llegue a culminar; asumir los roles de quien se ha perdido en la adultez tardía es más difícil que en edades tempranas, ya que la capacidad de adaptación a nuevas situaciones y tareas es más compleja para el anciano.

Ajuste a los roles: Worden indica que la pérdida de la pareja resulta más difícil para los hombres que para las mujeres. Como ya se explica anteriormente, tras la pérdida del ser querido uno de los cambios que la persona debe asumir es desempeñar nuevos roles y para ello es necesario adquirir nuevas habilidades. Para el hombre el proceso de adaptación a las tareas del hogar, significa una fuerte desorganización inicial, por la poca experiencia en cuanto a ello, no así para la mujer para quien el rol de ama de casa, estaba culturalmente asignado. Es decir se habla de un tema de género, que afecta al hombre después de enviudar. La desigualdad de género mantenía a la mujer aislada del ámbito laboral, y por otro lado fomentó conceptos y prácticas machistas, marcando una separación que no hacía compatible el rol masculino y las tareas del hogar.

Grupos de apoyo: las redes de apoyo son importantes para cualquier persona que esté atravesando un proceso de duelo, pero particularmente para el adulto mayor cuya red social ha disminuido, e incluso en ciertos casos ha desaparecido en su totalidad por abandono, muerte de todos los miembros de la familia cercanos, etc.

“En un estudio reciente, Lund descubrió que tanto los ancianos como las ancianas querían participar en grupos de apoyo. Los más deseosos de participar eran aquellos cuyo confidente estaba menos disponible que antes, aquellos con más depresión y menos satisfacción vital, y los que percibían que no lo estaban afrontando bien” (Worden, 1997, p.176).

Contacto físico: El contacto físico es una herramienta en la intervención durante la elaboración de duelo, algunos hombres y mujeres, especialmente los hombres que han tenido una convivencia de larga data con sus esposas, sienten gran necesidad de tener contacto físico. Siempre y cuando la persona se sienta cómoda, el terapeuta podrá indicar que el contacto físico será utilizado con fines terapéuticos.

Evocar recuerdos: Normalmente gran parte del discurso del adulto mayor es la evocación de recuerdos de sus años pasados, recordar es una práctica muy positiva para el anciano, ya que cuando éste rememora hechos de su vida, está reafirmando su conciencia de identidad, Algunos de los recuerdos que evoca el adulto mayor son conflictos no resueltos que pueden serle perjudiciales, sin embargo estos contenidos pueden ser trabajados dentro del proceso terapéutico, teniendo finalmente un resultado saludable.

Discutir la recolocación: Después de la muerte del cónyuge y especialmente en los casos en los que el anciano se queda sólo, es usual que la familia analice la posibilidad de que este pase a vivir en la casa de alguno de sus hijos o, dependiendo de las circunstancias, se piense en la institucionalización del adulto mayor. Esta es una decisión que debe ser pensada desde una perspectiva amplia, que considere no solo la integridad y seguridad física de la persona sino también su estabilidad emocional, el lugar donde el anciano ha vivido por tantos años representa parte de su identidad como sujeto; los recuerdos y los objetos de los que se han rodeado tienen un significado que valida su historia y sus vínculos, remover al adulto mayor de su morada puede generarle una sensación de pérdida de identidad y control de sí mismo.

Desarrollo de habilidades: uno de los objetivos durante la elaboración del duelo con el adulto mayor es que éste desarrolle algunas habilidades que le permitan ser independiente, la razón por la cual esto es importante, es la relación que existe entre dominio de tareas y autoestima. Mientras mayor sea el control que el anciano tenga sobre sus actividades, se sentirá más seguro de sí mismo y esto a su vez favorece a su bienestar general.

2. EDAD ADULTA TARDÍA

Analizar la situación de la edad adulta tardía en el Ecuador es importante, porque, el país está atravesando una transición demográfica, que traerá cambios en la estructura de la edad de la población, por tanto, una dinámica social con nuevas demandas. América Latina es un continente que envejece, la tasa de crecimiento del grupo de 60 años en adelante está creciendo rápidamente, mientras que la población de 0 a 14 años disminuye. (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL, 2011, p.33-37). “Según los datos del Censo 2010, la población de Ecuador es de 14.483.499 habitantes, se estima que el 6,5% corresponde al grupo de edad de 65 años o más; por tanto, alrededor de 941.427 personas serían adultas mayores”. (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL, 2011, p.84).

Llegar a la adultez tardía, dentro de una sociedad preparada para hacer frente a las necesidades que surgen por los cambios poblacionales, es un reto estatal y social. Un país con instituciones que hayan optimizado los servicios de salud física, mental y de bienestar, garantizará una buena calidad de vida al adulto mayor.

2.1. DESARROLLO FÍSICO DEL ADULTO MAYOR

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable que comprende una serie de cambios físicos de carácter deteriorativo que se dan de forma gradual a lo largo de toda la vida del individuo (Papalia, Olds, Feldman, 2010, p.552). La vejez es una etapa estereotipada dentro de la sociedad, no es raro escuchar a la gente decir frases como: ¡Estás falto de energía, te estás poniendo viejo!; así, dentro de muchas culturas la vejez, es sinónimo de enfermedad, inhibición y pasividad (Papalia, et al. 2010, p.550). “La vejez a menudo es considerada como un estadio único de la vida y miramos a todas las personas que llamamos ancianas, con la misma mezcla de sobrecogimiento y pena” (Schaie, Willis, 2003, p.82). De todo lo expuesto, se puede ver, que existe una apreciación social negativa de la adultez tardía, estos juicios estereotipados podrían dar lugar a acciones discriminativas y excluyentes hacia el adulto mayor.

La OMS considera como adultos mayores a las personas mayores de 60 años. En el Ecuador se reconoce legalmente como adulto mayor a las personas a partir de los 65 años.

Sin embargo, hay muchos otros indicadores con que la sociedad ha condicionado la llegada a la adultez tardía, uno de ellos y posiblemente el más común es cuando el deterioro físico se vuelve visible.

La adultez tardía está caracterizada por el deterioro evidente del funcionamiento corporal (Feldman, 2007, p.594-596). Este proceso no es igual para todas las personas, varía de acuerdo a ciertos factores genéticos, estilo de vida y condiciones socio económicas.

El Ecuador ya cuenta con datos estadísticos sobre la salud física y mental de los adultos mayores. Factores socioeconómicos son determinantes, para una buena condición de salud. El acceso y el uso de atención médica pueden brindarle al individuo una mejor calidad de vida.

“En Ecuador 1 de cada 8 adultos mayores ha experimentado trastornos mentales, se encontró mayor peso en adultos mayores que viven en condiciones socioeconómicas malas o indigentes. Más de la mitad de los adultos mayores que viven en indigencia experimentan depresión. Bajas tasas de cáncer, pocos hombres han sido examinados por cáncer de próstata. La proporción de adultos mayores que han hecho una detección de cáncer es más baja en personas que viven en condiciones malas o indigentes. Disminución parcial o completa de capacidades sensoriales y desgaste o pérdida de la dentadura. Patrones en salud y bienestar, edad y asociación con factores socioeconómicos, acceso a medicamentos y Seguridad Social es desigual, deterioro físico y mental y toma de una cantidad importante de medicamentos, el número de medicamentos promedio es mayor en personas que viven en buenas condiciones socio económicas que las que viven en malas o indigencia” (MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL, pag.50, 2011).

Después de haber revisado, las condiciones de salud del adulto mayor, en el Ecuador, a continuación se sistematizarán las características físicas generales de la adultez tardía.

Las Teorías de la programación genética señalan que el proceso de envejecimiento del cuerpo humano responde a un plan de desarrollo determinado genéticamente. Estudios realizados en gemelos indican que la diferencia genética determina por lo menos una cuarta parte de variación en el ciclo de vida del adulto mayor, ésta diferencia genética es mínima antes de los 60 años incrementándose de forma notable después de esta edad.

(Christensen, Johnson y Vaupel, (2006), The quest for genetic determinants of human longevity: challenges and insights, Nature Reviews Genetics7, 436-448)

En este orden se dice entonces, que nada se puede hacer respecto al proceso de envejecimiento, nuestro cuerpo está programado para sufrir cambios a lo largo de toda la vida, sin embargo, estudios como el revisado, podrían dar cuenta, de que en la adultez tardía, estos cambios toman una complejidad muy subjetiva. Así una persona podrá experimentar un deterioro físico muy severo, mientras que otra de su misma edad, apenas mostrará los signos más comunes del envejecimiento. Existen dos teorías principales que explican el porqué de estas diferencias. Las teorías de la programación genética, señalan que cada ser humano tiene un tiempo determinado genéticamente, en el que las células dejarán de reproducirse, el cuerpo alcanza un límite para la renovación celular y el individuo empieza a deteriorarse. Las teorías del desgaste explican que las funciones mecánicas del cuerpo se desgastan tal como sucede con cualquier aparato mecánico, pero mucho tendrá que ver la exposición del sujeto a toxinas y amenazas de la vida cotidiana como radiaciones, enfermedades, exposición a sustancias químicas y accidentes. Es decir por un lado las diferencias del deterioro corporal están determinadas genéticamente, pero por otro lado interviene la calidad de vida del sujeto en cuanto se refiere a prácticas saludables y evitación de factores de riesgo. (Feldman, 2007, págs. 608-609).

Cambios físicos externos en el adulto mayor

A continuación se presentan y describen los principales:

- Cambios en el cabello y vello corporal.
- Pérdida de elasticidad en la piel.
- Aparecimiento de venas varicosas.
- Disminución de la estatura.

De acuerdo a Feldman, R., en su texto “Desarrollo psicológico a través de la vida” (2007), el signo externo más evidente del envejecimiento es el cambio en el cabello, éste se vuelve delgado y el color se torna gris hasta llegar a blanco, el vello corporal comienza a escasear, la piel del rostro y el cuerpo se arrugan, ya que hay una menor producción de colágeno, la piel pierde elasticidad, palidece, hay reducción de grasa y masa muscular. En algunos casos aparecen venas varicosas en las piernas. La estatura disminuye a causa del desgaste del

cartílago de los discos de la columna vertebral, y la inclinación de la postura (Feldman, 2007, p. 594- 595)

La imagen corporal es un constructo psicosocial, que está directamente relacionada con las experiencias afectivas y vinculares del sujeto. La sociedad occidental contemporánea, ha sobrevalorado la importancia de la imagen corporal, introduciendo cánones de belleza, que han generado una presión social masiva por alcanzarlos. Culturalmente una imagen joven, es sinónimo de salud y belleza, dentro de esta configuración ideológica, los cambios físicos que llegan con el proceso de envejecimiento, enfrentan al adulto mayor a una mirada social estereotipada de la vejez. Los cambios físicos externos en la adultez tardía, muestran más que en ninguna otra etapa el deterioro que sufre el sujeto con los años. La imagen corporal que tiene cada sujeto de sí mismo, es importante porque le permite proyectarse dentro de la sociedad de una forma equilibrada, la incorporación psíquica de los cambios físicos que experimenta el adulto mayor, y su aceptación genera seguridad, autoestima y una buena adaptación al medio.

Cambios físicos internos en el adulto mayor

De acuerdo a D. Papalia y otros autores en su obra “Desarrollo Humano” (2010), además de los cambios en el aspecto físico, la edad adulta tardía trae también, cambios internos significativos del funcionamiento orgánico.

Entre los principales cambios encontramos los siguientes:

- Disminución de: masa mineral ósea, tasa de metabolismo basal, tasa cardíaca, energía cardíaca máxima.
- Aumento de: presión sanguínea diastólica, el peso corporal y volumen del corazón.
- Cambios en el sistema digestivo.
- Menor producción hormonal.
- Envejecimiento cerebral.
- Deterioro sensorial y psicomotor.
- Disminución en la fuerza y resistencia.
- Cambios en el sueño.
- Cambios en el funcionamiento sexual.

A continuación se encuentra una descripción más detallada de estos cambios:

Con los años hay una disminución del peso muscular, la composición y estructura de las células musculares se altera, perdiendo eficacia para usar el oxígeno del torrente sanguíneo así como para almacenar nutrientes. Producto de esto la fuerza y resistencia también disminuyen, lo cual afecta a la capacidad de trabajo. Los huesos se vuelven más débiles, porosos y frágiles, siendo más vulnerables a fracturas. Los cambios en los huesos y articulaciones pueden conducir a dos de las enfermedades más comunes en la adultez tardía: la osteoporosis y artritis (Feldman, 2007, p. 596). En Estados Unidos, la osteoporosis afecta al 25 por ciento de las mujeres mayores de 60 años y es una causa importante de las fracturas entre hombres y mujeres, la composición química de los huesos cambia lo cual crea un mayor riesgo para la ruptura del hueso (Feldman, 2007, p.596-597). Según datos del INEC en el Ecuador la osteoporosis es la enfermedad más común en el área urbana, afectando a un 19% de la población adulta mayor.

El corazón es un músculo, que se vuelve menos flexible cuando el tejido muscular se sustituye con grasa o tejido conectivo más rígido. El ritmo cardíaco suele volverse lento e irregular, la capacidad del corazón para bombear sangre por el sistema circulatorio se reduce. (Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., Camp, C., 2009, P.122-123). A consecuencia del endurecimiento y encogimiento de los vasos sanguíneos del cuerpo, el corazón se ve obligado a realizar un sobre esfuerzo, que no es suficiente para funcionar como en la adultez temprana, el corazón de una persona de 75 años bombea menos de las tres cuartas partes que bombeaba antes. (Feldman, 2007, p. 596- 597).

La presión sanguínea aumenta debido a la acumulación de los depósitos de grasa alrededor del corazón, lo cual puede interferir con su funcionamiento. El sistema digestivo produce menos jugos digestivos y es menos eficaz para impulsar la comida a través del intestino lo cual puede causar estreñimiento. La producción hormonal disminuye.

El envejecimiento del cerebro puede traer cambios sutiles que no afecten significativamente su funcionamiento, o estos pueden ser cambios importantes que tengan un impacto representativo para la salud y calidad de vida del adulto mayor. (Papalia, et al. 2010, p.561).

En la adultez tardía el cerebro sufre disminuciones graduales de volumen y peso, principalmente en la corteza frontal, que es la que controla las funciones ejecutivas. A medida que el cerebro se encoge se va separando del cráneo, la cantidad de separación entre estos llega a duplicarse de los 20 a los 70 años (Feldman, 2007, p.598).

La reducción en el peso y volumen del cerebro se atribuía anteriormente a la pérdida neuronal, sin embargo nuevas investigaciones como la publicada en la revista Science “Life and death of neurons in the aging brain”(1997), revelan que la muerte neuronal no es significativa salvo en zonas específicas como el cerebelo, parte que controla la actividad sensorial y motora.(Morrison&Hof (1997), “Life and death of neurons in the agingbrain”, Science, Vol.278, no. 5337 pp.412).

Otro cambio cerebral producto del envejecimiento es la disminución del número de los neurotransmisores dopamínicos debido a la pérdida de la sinapsis o conexión neuronal. (Papalia, et al. 2010, p.561).

Este cambio tiene como resultado un tiempo de reacción más lento. Es común ver que los adultos mayores tardan más en la realización de actividades, incluso en aquellas que forman parte de sus hábitos diarios.

Feldman, R. (2007), explica la lentitud de reacción, desde la conocida “hipótesis de lentitud periférica”, la cual sugiere que la velocidad del procesamiento disminuye en el sistema nervioso periférico, con la edad. Es así que la información que generan los estímulos externos tardaría más tiempo en llegar al cerebro y a su vez las órdenes que este manda a los músculos para su movimiento sería mayor.

Por otro lado la hipótesis denominada “hipótesis de lentitud generalizada” señala que el procesamiento de todo el sistema nervioso, incluso el cerebro es menos eficiente, a consecuencia de esto, el procesamiento de estímulos simples o complejos, y la transmisión de órdenes a los músculos es mucho más lenta. (Feldman, 2007,p.598).

No existe todavía un consenso que determine cuál es la causa de la lentitud de reacción con el envejecimiento pero ciertamente es uno de los factores de la alta incidencia de accidentes que existe entre los adultos mayores, ya que al no recibir la información con la celeridad que se tenía antes, están mucho más expuestos a situaciones de potencial riesgo como

accidentes caídas, etc. Feldman, R., (2007), indica que mientras el tiempo de reacción disminuye, la percepción del tiempo aumenta con la edad, por lo que los adultos mayores sienten el pasar de las horas y días con mayor rapidez que los jóvenes.

A partir de los 55 empieza a adelgazarse la capa de mielina, la capa de mielina hace que los impulsos neuronales viajen con rapidez entre las regiones del cerebro, el deterioro de la mielina está asociado a la pérdida cognoscitiva y motora. (Andrews-Hanna, J.R., Snyder, A.Z., Vincent, J.L., Lustig, C., Head, D., Fox, M.D., Raichle, M.E., & Buckner, R.L. (2007) Evidence for large-scale network disruption in advanced aging. *Neuron*, 56(5): 924-35)

Funcionamiento sensorial y psicomotor

En relación al funcionamiento sensorial y psicomotor, los cambios se dan de forma particular para cada adulto mayor, mientras que algunos se encuentran muy activos, gozan de buena audición y visión hay otros que han sufrido un deterioro notable de los órganos de los sentidos. Basándose en Feldman, R. (2007, p.599-600) y otros trabajos (Papalia, et al. 2010, p.562-563), (Craig & Baucum, 2009, p.556-557) se explicarán los cambios que sufren los órganos de los sentidos en la adultez tardía.

Visión: Hay varias clases de deficiencias visuales que se observan en los adultos mayores (Craig & Baucum, 2009, p.556). Como resultado de los cambios físicos en el ojo, la visión se reduce en varias dimensiones. Hay mayor dificultad para ver objetos lejanos, estos se ven borrosos, la imagen es difusa, además de que la adaptación del ojo al cambio de luz lleva más tiempo. Se presenta dificultad también con la percepción de profundidad o de color. Esta reducción de la capacidad visual trae consigo dificultades para realizar actividades de la vida cotidiana, como: vestirse, caminar, leer, coser, cocinar, escribir, conducir por ejemplo se vuelve una actividad sumamente peligrosa especialmente en las noches, no solo por la falta de luz, sino también por la lentitud de reacción ante los estímulos externos. Caídas y accidentes también son consecuencia de la falta de visión.

Es común también que durante la adultez tardía se desarrollen algunas enfermedades en el ojo, siendo las más usuales las cataratas y el glaucoma.

Audición: Las deficiencias auditivas son muy comunes en la adultez tardía, estas afectan la vida diaria de una tercera parte de este grupo poblacional. (Craig & Baucum, 2009, p.556).

“En Estados Unidos, alrededor de un 30 por ciento de adultos mayores en las edades comprendidas entre 65 y 74 años tienen algún grado de pérdida auditiva, este porcentaje aumenta en un 20 por ciento es decir hasta llegar a un cincuenta por ciento en los adultos mayores de más de 75 años” (Feldman, 2007, p.600). El deterioro auditivo afecta principalmente la capacidad para escuchar frecuencias altas. La pérdida de esas frecuencias hace que les resulte complicado escuchar conversaciones cuando existen ruidos altos de fondo, o cuando varias personas están hablando al mismo tiempo. (Craig & Baucum, 2009, p.556).

La pérdida auditiva es perjudicial para la vida social de los adultos mayores, ya que al no poder participar con normalidad de las conversaciones estos quedan excluidos, muchos se aíslan evitando situaciones incómodas. También suele suceder que se muestran reacios a contestar porque no se sienten seguros de lo que escucharon.

Gusto y olfato: El gusto y el olfato también se afectan con el envejecimiento. Ambos sentidos pierden capacidad de discriminación, por lo que los alimentos saben menos gustosos. La disminución en la sensibilidad del gusto y el olfato se debe a cambios físicos, en la adultez tardía la lengua pierde papilas gustativas, además el bulbo olfatorio en el cerebro comienza a secarse, lo cual reduce la capacidad de oler. El olfato es también participe del sentido del gusto, por lo que la reducción del bulbo olfatorio hace que la comida sepa insípida. La pérdida de estos dos sentidos trae consecuencias secundarias que afectan a la salud del adulto mayor, ya que los alimentos ya no les son apetitosos, los adultos mayores dejan de comer dando lugar a la desnutrición, otra situación común es el uso excesivo de sal en las comidas, lo cual acarrea enfermedades comunes en esta edad como la hipertensión.

En relación al deterioro sensorial se observa que, la pérdida auditiva y visual afecta principalmente a las relaciones sociales y a la independencia del individuo, mientras más avanzada la edad el adulto mayor se vuelve mucho más dependiente de cuidados especiales, haciéndose casi indispensable la presencia de un cuidador.

Fuerza y resistencia

En cuanto a la fuerza y resistencia, “Los adultos mayores pierden entre un 10% y 20% de fuerza a los 70 años, y ésta pérdida se va incrementando en lo sucesivo” (Papalia, et al. 2010, p.564). La resistencia también disminuye, especialmente entre las mujeres.

Sueño

El sueño también sufre cambios en la adultez tardía, los adultos mayores suelen dormir y soñar menos que antes, el sueño se vuelve muy ligero, cualquier estímulo externo lo interrumpe con facilidad. Sin embargo no es correcto pensar que los trastornos del sueño son inherentes a esta edad y pasarlos por desapercibido, el insomnio o falta de sueño crónico puede ser consecuencia o causa de la depresión, por lo que no hay que perder la atención sobre éste. (Craig & Baucum, 2009, p.555).

Funcionamiento sexual

El funcionamiento sexual en la adultez tardía es diferente, una actividad sexual continua es el factor más importante para que las relaciones sexuales puedan darse con normalidad en los adultos mayores. Un hombre sano que ha sido sexualmente activo a lo largo de su vida puede mantener relaciones sexuales a sus setenta u ochenta años, sin embargo llegar y mantener una erección para un hombre en la adultez tardía suele ser complicado, lo mismo pasa con la eyaculación, necesitan de mayor estimulación manual y los intervalos entre erecciones son mayores. En el caso de las mujeres, estas tienen la capacidad fisiológica de mantener activa la capacidad sexual durante toda su vida, aunque en la adultez tardía la excitación sexual disminuya. (Papalia, et.al., 2009 p.106-107).

Condiciones de la salud física en el adulto mayor

Los problemas más comunes de salud en los adultos mayores, no son enfermedades características de esta etapa, pero si tienen mayor incidencia y probabilidad de aparecer en esta fase del desarrollo. (Feldman, 2007, pág.602). Entre los trastornos físicos frecuentes en el adulto mayor encontramos:

- Cardiopatías.
- Cáncer
- Apoplejía
- Hipertensión
- Artritis
- Osteoporosis

En cuanto a los trastornos psicológicos y mentales, los más comunes son:

- Depresión
- Demencia (Demencia de Alzheimer)

SABE (Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento) realizada por el MIES (2010), revela que en Ecuador, más de un 60% de adultos mayores ha manifestado sentirse a veces o frecuentemente triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado. La OMS indica que a medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo.

Tras la revisión de los principales cambios físicos, externos e internos en el adulto mayor, se puede notar que debido al carácter deteriorativo de los mismos, (disminución en el funcionamiento de algunas capacidades, cambio en la imagen personal.), existen dimensiones en la vida del adulto mayor que se podrían encontrar limitadas, en relación a su estilo de vida en años anteriores. La adultez tardía es una etapa en donde los individuos se enfrentan al reto de una adaptación sana y positiva, que implica la incorporación y aceptación de todos estos cambios.

2.2. DESARROLLO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR

Dentro de los cambios en el desarrollo cognitivo en el adulto mayor, a continuación, se va a presentar y describir los más importantes, de acuerdo a los autores más destacados en el área del Desarrollo:

- Inteligencia.
- Procesamiento de información.
- Atención.
- Memoria.

Inteligencia

Feldman, R. (2007), señala que psicólogos del desarrollo realizaron varios estudios transversales para determinar si la inteligencia se veía afectada por el envejecimiento, las condiciones del estudio no pudieron revelar resultados consistentes de acuerdo al objetivo de la investigación, pues la comparación simple excluye variables importantes. Los resultados de la evaluación de una mujer nacida a principios de los años 20 que no tuvo acceso a la educación formal serán significativamente más bajos en relación a una persona nacida en el nuevo milenio, que haya tenido acceso a la educación formal y posiblemente mayor estimulación. Una respuesta real dependerá de qué capacidades se midan y cómo se midan. (Feldman, 2007, p.614-616)

Los cambios cognoscitivos en el adulto mayor están influenciados por la capacidad cognoscitiva temprana, y factores socio económicos que determinan el nivel educativo.

El psicólogo del desarrollo K. Warner Schaie, realizó un estudio masivo en la ciudad de Seattle, Estados Unidos tomando como muestra 500 individuos elegidos al azar. Este estudio midió seis capacidades mentales primarias: significado verbal, fluidez, habilidad de cálculo, orientación espacial, razonamiento inductivo y velocidad perceptual.

No se encuentra un patrón generalizado relacionando la edad con las habilidades intelectuales, las pérdidas entre los 60 y 70 años son muy leves, el deterioro cognitivo producto del envejecimiento se da en diferentes habilidades dependiendo de cada individuo, es después de los 80 años cuando las habilidades cognitivas caen por debajo del promedio

de los adultos jóvenes. Lo que más llamó la atención del estudio hecho en Seattle fueron las diferencias individuales de desempeño, así se encontraron participantes que presentaban resultados mucho más bajos en relación a participantes de mayor edad. Los participantes con mayor detrimento cognitivo fueron aquellos con menor nivel de educación, afecciones anímicas, físicas, sentimientos de fracaso, bajo nivel socio-económico y aquellos que no viven dentro de un ambiente estimulante.

La relación entre los factores ambientales y la capacidad cognitiva hizo pensar a Schaie y sus colaboradores en programas que estimulen las habilidades cognitivas de los adultos mayores, detengan el proceso de deterioro e incluso le devuelvan capacidades que esté perdiendo. Los resultados de estos programas fueron excelentes, y demostraron que la plasticidad no se agota en los años juveniles, mientras más se estimule al cerebro mejor se mantienen las capacidades cognitivas. (Papalia, et al. 2010, p.574-575).

Procesamiento de la información

En cuanto a la resolución de problemas cotidianos los adultos mayores muestran mayor serenidad para enfrentarse a situaciones de índole interpersonal, así mismo cuentan con un mayor repertorio de soluciones y estrategias para resolver problemas.

Muchos adultos mayores pierden eficiencia para el procesamiento de la información en general, al igual que ciertas capacidades cognoscitivas, esto se debe principalmente a una ralentización generalizada del funcionamiento del sistema nervioso central. La velocidad de procesamiento se relaciona con el estado de salud, equilibrio modo de andar y la realización de actividades cotidianas. (Papalia, et al. 2010, p.576).

Atención

Una de las capacidades más afectadas con el envejecimiento, es la facilidad para trasladar la atención de una actividad a otra con rapidez. (Papalia, et al. 2010, p.576). Los adultos mayores se desenvuelven mejor en tareas que dependan de conocimientos y hábitos arraigados.

Memoria

La pérdida de la memoria es conocida comúnmente como uno de los signos del envejecimiento, y constituye una de las mayores preocupaciones del adulto mayor, el funcionamiento de la memoria disminuye con la edad, pero esta disminución varía de acuerdo a cada sujeto.

Papalia, D., Olds, S., y Feldman, R., (2010) analizan el deterioro de la memoria por envejecimiento, desde los dos sistemas de memoria tradicionalmente conocidos como “corto plazo” y “largo plazo” (Papalia, et al. 2010, p.578-579). En cuanto a la memoria de corto plazo, ésta es evaluada a través de la repetición de una serie numérica simple, la misma que tiene que ser repetida en el orden presentado y en orden inverso, los adultos mayores no presentan dificultad en la repetición para delante, pero no sucede lo mismo con el orden inverso, la razón es que la repetición en el orden dado solamente requiere de la memoria sensorial, mientras que en sentido inverso requiere de la memoria de trabajo, cuya capacidad disminuye después de los 45 años. En general cualquier tarea que requiera de un procesamiento de información más complejo se dificulta para el adulto mayor.

La memoria a largo plazo está dividida en tres sistemas principales: memoria episódica, memoria semántica y memoria procedimental.

La memoria episódica se refiere a la evocación de información reciente, como por ejemplo: ¿Qué almorzó hoy?, ¿A qué hora se despertó?, etc., los adultos mayores evidencian un deterioro gradual en esta capacidad, la memoria episódica se relaciona a situaciones específicas, en este sentido los adultos mayores tienen dificultad para recrear el contexto de la situación y hacer conexiones, por lo que les es difícil recordar detalles.

La memoria semántica se puede comparar con una enciclopedia mental, guarda información de historia, geográfica, significado de palabras, información acerca de costumbres etc., este sistema de memoria no evidencia mayor deterioro por el envejecimiento.

La memoria procedimental guarda información de habilidades motoras, hábitos y procesos, los mismos que una vez aprendidos pueden volverse a usar sin mayor esfuerzo, este sistema de memoria tampoco se ve mayormente afectado.

La memoria relacionada con el habla también sufre cambios, olvidar palabras o nombres puede sucederle a una persona en cualquier edad, pero esto se vuelve más frecuente en la adultez tardía. En ocasiones los adultos mayores obtienen mejores resultados que los jóvenes a la hora de dar una definición, no así al momento de nombrar la palabra después de escuchar su definición, al parecer este proceso estaría relacionado con la memoria de trabajo. La ortografía, nombrar objetos etc., y otros usos del lenguaje en el cotidiano también se ven afectados, lo cual sugiere que en esta etapa del desarrollo se da una dificultad para la recuperación verbal.

Las deficiencias en los sistemas de memoria, pueden estar causadas ya sea por un cambio en las estructuras biológicas vinculadas a la memoria, o por problemas en los pasos del procesamiento de la información en la memoria.

Kathleen Berger, en su obra Psicología del desarrollo, Adultez y vejez (7ª edición) divide al estudio de la memoria bajo dos formas de almacenamiento: memoria inmediata y memoria remota.

La memoria inmediata, es la capacidad de mantener información en la mente por unos pocos segundos mientras se la procesa, al evaluar, calcular, deducir y demás. (Berger, 2009, p.209). Berger explica que el adulto mayor tiene tendencia a presentar dificultad con la memoria inmediata, parte de las causas para esto serían una percepción sensorial reducida y la interferencia. La interferencia se refiere a la irrupción de una información no relevante, sobre otra de mayor importancia, siendo la menos importante la que capta la atención.

Por esta razón la realización de dos actividades simultáneas se convierte en una tarea complicada para el adulto mayor, especialmente si se combina una tarea motora y una cognitiva. La mente ya no puede manejar tantas cosas al mismo tiempo, pero si se focaliza la atención en una, su desempeño podría ser bastante similar al de un adulto joven, se dice

similar, no igual, porque al focalizar el pensamiento, se pueden excluir otras tareas mentales que una persona joven es capaz de realizar con facilidad.

La memoria remota por otro lado, es el conocimiento de base, como lo menciona Berger, es decir es toda la información que ya se almacenó en la memoria remota. Uno de los aspectos importantes de la memoria remota es el vocabulario, este va aumentando hasta los 80 años, es decir no hay pérdida al contrario se va enriqueciendo. A diferencia del lenguaje existe otra información de la memoria remota que es vulnerable a los años y se pierde, Berger menciona nuevamente a la interferencia como una de las causas, además de factores emocionales como el miedo. La memoria remota reciente (incluye los 5 últimos años), en el adulto mayor, es selectiva, es decir almacena particularidades, que no siempre son las más relevantes.

Berger refiere que en la adultez tardía, existen recuerdos que son difíciles de evocar, el adulto mayor recuerda detalles, más no todo el contexto. La información que se queda grabada de forma permanente es aquella que tiene alguna relación con el campo del saber de la persona, o la que hizo un enganche emocional con el sujeto. De igual manera, la autora indica que las emociones son recordadas mejor que los hechos objetivos.

Además de los problemas de memoria y percepción de estímulos, los adultos mayores parecen “tener problemas con los procesos de control cognitivos”. (Jacoby y cols, 2001, p.50). “Los procesos de control incluyen estrategias, atención selectiva y mecanismos de almacenamiento, análisis lógico y recuperación; todos los métodos que ayudan a las personas a pensar bien y claramente” (Berger, 2009, p.212).

En cuanto al análisis los adultos mayores se aferran a ideas preconcebidas, que se formaron en los tiempos de juventud, y su criterio se queda fijado en estas ideas, a pesar de los cambios en su entorno social y cultural. La recuperación, es otro proceso de control que según Berger también se debilitaría con la edad. La recuperación se refiere a las estrategias que se utilizan para recordar, es decir el problema no estaría en el almacenamiento, (el vocabulario por ejemplo, se mantiene y amplía con la edad), sino en la habilidad para hacer conexiones asociaciones etc., que permitan recuperar la información.

Los cambios cognitivos que aparecen con la edad, como las deficiencias en la memoria, crean inseguridad en el adulto mayor, lo cual es reforzado de alguna forma por el estereotipo existente alrededor de la vejez. Muchos adultos mayores temen perder sus facultades mentales, porque han internalizado esta clase de presupuestos. En la vida cotidiana, los problemas con la memoria generan en el adulto mayor inseguridad, en las relaciones sociales por ejemplo les resulta vergonzoso olvidar el nombre de familiares y conocidos.

Los adultos mayores utilizan herramientas de ayuda memoria para los olvidos de la vida cotidiana, tales como libretas, listas, calendarios, etc., .Tanto los jóvenes como los adultos mayores se sirven de elementos externos para recordar. “Por tanto, aunque las ayudas internas que han estudiado los psicólogos son útiles e importantes, no son las más usadas ni por los jóvenes ni por los ancianos en sus vidas cotidianas.” (Schaie, Willis, 2003, p.346).

Esto, hace pensar que si durante toda la vida se utilizan ayudas externas para la memoria, no se deberían magnificar los olvidos en la adultez tardía, si estos son parte del proceso normal de envejecimiento, ya que esto podría tener un impacto emocional negativo para el adulto mayor, lo adecuado, sería entonces, alentar el uso de estas ayudas, como estrategias de las que se han beneficiado a lo largo de toda la vida.

El pensamiento postformal

Los teóricos del Desarrollo han planteado que el pensamiento postformal, es una quinta etapa que se sumaría al Modelo del Desarrollo Cognitivo propuesto por Piaget. Las etapas del Desarrollo cognitivo de Piaget analizan la capacidad intelectual del niño y su relación con el entorno. Los psicólogos del Desarrollo, consideraron necesario incluir esta etapa ya que existen formas de pensamiento que no se manifiestan hasta llegada la adultez.

El pensamiento no escapa a la influencia de la cultura en la cual vive el sujeto, las formas de pensar varían considerablemente de acuerdo a factores sociales, culturales, generacionales, religiosos, económicos etc. Lo que no varía, es que todas las sociedades reconocen que el pensamiento del adolescente es diferente al pensamiento del adulto, las funciones cognitivas experimentan un cambio cualitativo y cuantitativo a través de los años.

El pensamiento del adulto es mucho más práctico que el pensamiento del adolescente, los primeros se adelantan a los hechos y planifican con antelación la resolución de las posibles dificultades a las que se podrían enfrentar. La forma de pensar del adolescente es espontánea y se guía por las emociones, no calculan las consecuencias de sus actos, sus pensamientos son rápidos e intuitivos. El adulto es consciente de que todo acto tiene repercusiones, éste además se adapta mejor a las situaciones adversas que ocurren a diario, encuentra soluciones rápidamente y sobrepasa obstáculos con una visión práctica y flexible, el adolescente se estanca en la incomodidad y la protesta, es mucho más idealista que el adulto y tiene dificultad para integrar la lógica y las emociones.

Es así que el pensamiento postformal es el resultado de la integración del pensamiento subjetivo, el mismo que comprende las experiencias y emociones personales, con el pensamiento objetivo, el cual se compone por la lógica y la razón.

El pensamiento del adulto mayor, es un pensamiento postformal, el equilibrio que han alcanzado entre sus emociones y la lógica de la realidad, explica el por qué el sinnúmero de pérdidas que atraviesan no tienen un efecto devastador para su psique. Si un adolescente tendría que vivir la muerte de sus seres queridos, la disminución de sus capacidades físicas, entre otras situaciones dolorosas, posiblemente entraría en un estado de estrés postraumático grave. El adulto mayor acepta la realidad con conformidad, esto no quiere decir que no experimente sentimientos de desolación y angustia, pero entiende que las pérdidas son hechos ineludibles de la vida.

De acuerdo a las características que se han revisado sobre el deterioro cognitivo en la adultez tardía, se puede llegar a las siguientes conclusiones: factores externos como la educación, entre otras formas de estimulación son importantes para el desarrollo de las habilidades cognitivas, fomentar dichas capacidades, es necesario para prevenir y detener procesos degenerativos, es inevitable que los adultos mayores en menor o mayor grado experimenten una declinación de sus capacidades cognoscitivas. A pesar de que el proceso de envejecimiento se particulariza en cada sujeto, parecería que existen funciones que sufren mayor pérdida y se pueden evidenciar a un nivel más general, como sucede con la memoria de trabajo, encargada del procesamiento de la información. La memoria relacionada a la evocación de nombres, también sufre un deterioro, y este es uno de los

problemas comunes de los adultos mayores en el cotidiano, así mismo la percepción declina y encuentran dificultad para recordar situaciones contextuales. Los olvidos y una mente menos “ágil”, pueden llevar al adulto mayor a experimentar sentimientos de inseguridad y baja autoestima, ya que, estos generan, una sensación de pérdida de control sobre sí mismos. Para hacer más llevadero este proceso, es necesario partir de un reconocimiento de cada una de estas pérdidas objetivas, para luego reorganizar prácticas, estrategias y hábitos que favorezcan a su bienestar personal y calidad de vida.

2.3. DESARROLLO PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Para hablar del desarrollo psicosocial en el adulto mayor es necesario analizar las teorías que existen en torno a este tema. Se han seleccionado algunas de ellas, de acuerdo a su importancia y sustento teórico, estas darán una visión bastante integral del desarrollo psicosocial del adulto mayor, a continuación se presenta cada una de ellas:

- Teorías del sí mismo
- Teorías de estratificación
- Teorías dinámicas.

Teorías del sí mismo

“Las teorías del sí mismo empiezan con la premisa acerca de que los adultos buscan ser ellos mismos. Hacen elecciones, enfrentan problemas e interpretan la realidad de manera que pueda definirlos, convertirlos y expresarlos a sí mismos tan plenamente como sea posible” (Berger, 2009, p.238).

Las teorías del “self”, hacen énfasis en cómo cada sujeto enfrenta los desafíos del yo. El adulto mayor vive día a día muchos desafíos, pues ésta es una etapa que le significa muchas pérdidas afectivas, físicas etc. La idea principal de esta teoría es que cada sujeto dependa de sí mismo.

Erick Erikson, plantea 8 etapas en el desarrollo psicosocial del sujeto, se analizará la última, ya que ésta corresponde a la adultez tardía. La etapa final del desarrollo psicosocial es la

“integridad frente a la desesperación”, etapa que empezaría desde los 60 años aproximadamente en adelante. “En esta etapa los adultos mayores buscan integrar sus experiencias singulares con la visión de la comunidad.” (Berger, 2009, p.238).

Es casi imposible que en esta etapa del desarrollo psicosocial, no aparezca algo de desesperación en el sujeto, la realidad se impone y trae consigo hechos dolorosos, pérdida de amigos, familiares, pérdida de fuerza física, habilidades cognitivas etc., la muerte, aquello que es la única certeza de la vida, se acerca, generando ansiedad. Erickson explica que cada etapa depende de la etapa precedente, es así que la integridad frente a la desesperación, que se esperaría en la vejez, se empieza a construir a lo largo de la vida. Algunos adultos mayores dan un balance positivo de sus vivencias, y se encuentran a sí mismos íntegros e independientes, aceptando a la muerte como parte inherente de la vida, mientras que otros, experimentan sentimientos de desesperación al ver que el tiempo ya es corto para nuevas realizaciones.

La segunda teoría del sí mismo, está basada también en una de las etapas del desarrollo psicosocial de Erickson, esta es la quinta etapa, denominada “Identidad frente a la confusión del rol”.

Berger explica que la identidad del adulto mayor sufre ciertos cambios que lo hacen reestructurar el concepto de sí mismos, estos cambios son principalmente: físicos (en salud y apariencia), sociales, (respecto a lo laborar por ejemplo, ¿qué hacía antes?, y, ¿qué hace hoy?, etc.) Es importante que cada sujeto reconozca características que lo definen y lo hacen único a través de toda su vida. Por el miedo que genera la pérdida de identidad, los adultos mayores se aferran a objetos y lugares que tienen una significación especial para ellos (Berger, 2009, p.239).

Estos objetos han sido parte de su vida, por tanto son elementos de su identidad, Berger señala que debido a esto, muchos adultos mayores tienden a acumular objetos cuyo valor radicaría, en lo antes explicado. Lamentablemente no siempre el adulto mayor logra un equilibrio entre su identidad pasada y la presente, “Algunos escogen la asimilación (reinterpretar cada nueva experiencia como parte del mismo patrón anterior); otros escogen

la acomodación (abandonar la identidad vieja de frente a nuevos contextos)". (Berger, 2009, p.240).

La asimilación es una estrategia, que hace que el sujeto se niegue a los cambios del entorno. Manteniéndose en una postura cerrada, resistente, que solo da validez a lo pasado. La asimilación tiene como positivo la defensa del autoestima y el autoconcepto, a pesar de que puede resultar un tanto desadaptativa. La acomodación al contrario, es nociva para el autoestima, el sujeto olvida lo que fue y asume el estereotipo de la vejez, sintiéndose improductivo, enfermo, cercano a la muerte etc., lo cual lo conduce a la depresión.

Teorías de estratificación

La segunda teoría que se revisará para entender el desarrollo psicosocial del adulto mayor son las teorías de estratificación. La estadounidense, Angela M. O'Rand, socióloga y catedrática universitaria, sostiene que no son los factores dentro del individuo, sino las fuerzas sociales e influencias culturales las que limitan las elecciones y dirigen la vida en otras etapas.

Las teorías de la estratificación estudian la forma en que las sociedades organizan a la gente. De acuerdo a estas teorías, existiría una suerte de predeterminación en la vida de los sujetos, marcada por la sociedad. La edad, el género y la etnia son las tres características principales de estratificación.

En cuanto a la estratificación por la edad, autores como Achenbaum señalan que especialmente en los países industrializados, los adultos mayores quedan segregados pues ya no representan una fuerza laboral, por tanto productiva. Los adultos mayores son excluidos de la convivencia con otras generaciones, en Estados Unidos, existen proyectos de vivienda para gente mayor de 55 años, estos proyectos han sido diseñados pensando en las economías en detrimento del adulto mayor. Proyectos como éste, separan a los jóvenes de los viejos, reduciendo la socialización de ambos grupos.

Los científicos sociales, Cummings y Henry, en su publicación "Growing Old" hecha en 1961, exponen su "teoría de la ruptura del compromiso", esta es una versión muy controversial dentro de la teoría de la estratificación, Berger indica que esta teoría causó revuelo porque alentaba a la discriminación por la edad. La ruptura del compromiso es la pérdida de interés

y disponibilidad por los roles tradicionales, los adultos mayores adoptan una actitud pasiva frente a la vida, las preocupaciones pasadas pierden importancia, lo que en cierta forma los hace vivir más tranquilos. Berger señala, que como respuesta a esta teoría, apareció, “la teoría de la actividad” formulada por Kelly Rosow, quien dice, que si los adultos mayores rompen con el compromiso, no es por una decisión propia, al contrario ellos buscan no perder contacto con la comunidad ni con sus roles y actividades. (Berger, 2009, p.243).

Un estudio longitudinal de personas entre 77 y 98 años en Suecia encontró que la calidad de vida estaba directamente relacionada con la cantidad de actividades de esparcimiento. (Berger, 2009, p.244). Investigaciones como éstas muestran que mientras más actividades y relaciones personales mantengan los adultos mayores, estarán más satisfechos con sus vidas.

En cuanto a la estratificación por el género, ésta afecta a las mujeres, quienes al llegar a la adultez tardía son más segregadas que los hombres y en muchos casos perciben menos ingresos económicos que ellos.

En el Ecuador en las edades comprendidas entre los 60 y 64 años el 52.7% son mujeres y el 47.3% son hombres, en las edades entre 65 a 74 años, 54.2% son mujeres y 45.8% son hombres, y en el grupo de los 75 años en adelante, el 52,9% son mujeres y el 47.1% son hombres, en total el 53.4% de la población adulta mayor en el Ecuador son mujeres y el 46.6% son hombres. (“Viviendo y apoyando el desarrollo de las personas adultas mayores” Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2011, p.139).

Otros datos que revela la encuesta SABE (Encuesta de salud, bienestar y envejecimiento) realizada por el MIES entre el año 2009 y 2010, es que existe un mayor porcentaje de analfabetismo entre la población femenina, así mismo, la población entre los 60 y 64 años, que sigue siendo parte de la fuerza laboral es mayoritariamente masculina, el índice de maltrato y violencia es bajo, solamente el 7% ha recibido amenazas de daños físicos, las mujeres son más vulnerables a amenazas de daño físico entre los 60 y 74 años, este patrón se revierte en el grupo de 75 años en adelante.

Estos datos, brindan una visión local de la condición de las mujeres en la adultez tardía, y se puede apreciar que, este grupo representa la primera fuerza demográfica del país, además de que su grado de escolarización, y vinculación al trabajo ha sido menor que el de los hombres.

En los Estados Unidos, la relación es de casi dos mujeres por cada hombre para los 70 años, los hombres trabajan durante más tiempo, y su retiro es mejor que el de las mujeres, la discriminación sexual de las décadas pasadas es una de las razones para la pobreza femenina de la actual generación de mujeres mayores de 65 años. (Berger, 2009, p.244). Se aprecia un símil entre la realidad local e internacional, lo que lleva a concluir que la estratificación de género es generalizada y el grupo femenino es una sección segregada. Se debe tomar en cuenta el contexto social y las particularidades de la época, hoy en día esta realidad pasada ha cambiado, gracias a los movimientos feministas y de lucha por las mujeres, este grupo va acortando las diferencias sociales de género.

Otra estratificación proviene de la teoría crítica de la raza, esta estratificación corresponde a la discriminación étnica. Desde esta teoría la etnicidad y la raza son vistas como “construcciones sociales cuya utilidad práctica es determinada por una sociedad en particular o sistema social” (Berger, 2009, p.245).

De acuerdo a esta teoría, la gente que sintió discriminación a lo largo de toda su vida, será más propensa a ser pobre y débil, su limitado acceso a la atención médica, pondrá en riesgo su salud y vitalidad.

Teorías dinámicas

Las teorías dinámicas, por otro lado, “consideran a cada persona como un proceso activo, siempre cambiante, en gran medida autopropulsado, que ocurre dentro de un contexto social específico que está también en constante cambio” (Berger, 2009, p.247). La teoría más conocida de las teorías dinámicas es la llamada “teoría de la continuidad”, ésta se enfoca, en: cómo, las propiedades del sí mismo cambian junto con los cambios sociales y biológicos. La idea de la teoría de la continuidad en la adultez tardía, es que el adulto mayor se adapte con éxito a la serie de cambios que va experimentando. Los rasgos de la personalidad, son

un ejemplo de aspectos de continuidad, pues estos se mantienen a lo largo de la vida definiendo al individuo.

De acuerdo a las teorías psicosociales de la adultez tardía que se acaban de exponer, podemos ver que todas confluyen en un punto común, la concepción del sujeto como un ser con capacidad de autorregulación, las teorías del sí mismo y las teorías dinámicas están referidas a procesos más personales que vive el sujeto, tomando en cuenta los cambios de diversa índole que este atraviesa, sin dejar de lado la influencia del medio en donde se desarrolla, mientras que las teorías de estratificación ponen un mayor peso a la estructura social a la que pertenece el sujeto, se podría decir que tanto en las teorías del sí mismo como en las teorías dinámicas, el sujeto configura su entorno, mientras que en las teorías de estratificación, el entorno configura y predetermina al sujeto.

El adulto mayor atraviesa una etapa caracterizada por hechos dolorosos, marcada por pérdidas de diversa naturaleza que van desde la disminución de habilidades físicas, cognitivas, cambios en la imagen corporal, pérdida de familiares, amigos, entre otras. Todos estos hechos se dan en un momento del desarrollo en donde se esperaría que el sujeto haya alcanzado la madurez psíquica necesaria para asumir y aceptar sus circunstancias actuales, o en otras palabras alcanzar “la integridad frente a la desesperación”, como lo denominó Erickson.

Es importante que a pesar de todos los cambios experimentados, el adulto mayor conserve su identidad, adaptándola a su nueva realidad, ésta es la idea central de mantener “el rol”. Introyectar el estereotipo social de la vejez, dejando atrás el concepto que se tenía de sí mismo, es un fenómeno que suele pasar en la adultez tardía, especialmente en casos de abandono, esto resulta nocivo para la salud mental del adulto mayor y lo puede conducir a cuadros depresivos. Sumado a todo lo que acompaña el período de la adultez tardía, están realidades sociales, culturales, históricas y políticas que también influyen en el desarrollo psicosocial de los sujetos, la discriminación racial, étnica, violencia de género, etc. han sido fenómenos sociales que han creado condiciones de desigualdad entre los seres humanos, sus repercusiones atraviesan la vida de los individuos y la adultez tardía no queda exenta de ellas.

Se revisará ahora un acontecimiento muy importante dentro del desarrollo psicosocial del adulto mayor.-

La jubilación o retiro

El trabajo es una actividad, reconocida por “un cuerpo investigativo en crecimiento que apunta al impacto físico y psicológico positivo, tanto para mujeres, como para hombres que trabajan” (Berger,2009,p.249). La jubilación no es un hecho puntual, sino un proceso que conlleva una serie de adaptaciones (Shaie, Willis, 2003, p.252).

El doctor Robert Atchley (1976), propone cinco fases durante el proceso de jubilación. Su teoría ha sido bastante difundida. La primera, denominada, luna de miel es la fase en la que se realizan viajes y planes que se habían pospuesto por falta de tiempo, etc., (esta fase es posible y común entre quienes se jubilan voluntariamente y tienen el dinero necesario para la ejecución de dichos planes), luego de esta fase viene una de descanso y relajación, en la que el jubilado decide tomarse las cosas con calma, si las expectativas de la jubilación no se cumplen viene un período de desencantamiento (el grupo al que le sucede esto, es minoritario), seguida a esta fase viene una de reorientación, el adulto mayor, acepta su nueva realidad y considera nuevas opciones de actividades, el período final es el desarrollo de una rutina, lo cual le brinda estabilidad y satisfacción. (Shaie, Willis, 2003, p.253).

Una planificación exitosa del retiro no solo consiste en la organización financiera, sino también y posiblemente de mayor importancia es, la organización del tiempo libre.

Existen algunos mitos alrededor de la jubilación, uno de ellos es el supuesto deterioro de la salud del jubilado, al verse falto de actividad y sentido en su vida. Este tipo de conjeturas ligeras no toma en cuenta condiciones previas que pueden ser la verdadera causa del deterioro de salud. (Shaie, Willis, 2003, p.254).

El retiro también causa un impacto dentro de la vida familiar del adulto mayor. “Si ambos cónyuges tienen empleos, es mejor para ellos retirarse juntos” (Berger, 2009, p.249). Berger, (2009), expone un estudio realizado entre 790 personas retiradas, de entre 57 y 67 años. La mayoría decía sentirse feliz con el retiro, no sucedía así entre aquellos cuyo cónyuge (esposa o esposo) seguía trabajando y tenía mayor poder de decisión en el hogar. Es

importante que el adulto mayor equilibre su nivel de poder tanto en el trabajo como en el hogar, para que después de su salida laboral, se sienta a gusto en la administración del hogar. Berger (2009) menciona algunas de las actividades más comunes a las que se dedica el adulto mayor luego de la jubilación: trabajo voluntario, continuar con la educación, renovación del compromiso y la práctica religiosa, activismo político etc. (Berger, 2009, p.249-254).

En el medio ecuatoriano, han surgido algunos proyectos nacionales y locales enfocados a la prevención y atención de salud, así como a la recreación del adulto mayor. En la ciudad de Quito, el municipio a través de su programa 60 y piquito, realiza actividades lúdicas como bailoterapia, gimnasia, talleres de manualidades, capacitaciones, foros, etc., en las diferentes barrios de la ciudad. “En educación, el campo apenas se ha iniciado con actividades de educación continuada, como la Universidad del Adulto Mayor con su programa pionero en la ciudad de Cuenca. Allí se educan los adultos mayores en el Buen Vivir, la gerontología, la comunicación electrónica (computación).” Hermida, C. (2013, 10 de febrero). Políticas sobre el adulto mayor. El telégrafo. Recuperado el 19 de abril del 2013, de <http://www.telégrafo.com.ec/opinion/columnistas/item/politicas-sobre-el-adulto-mayor.html>.

Estas iniciativas son importantes para la salud física y mental del adulto mayor ecuatoriano, ya que le dan la posibilidad de mantenerse activo y estar en contacto con la comunidad.

Redes sociales y familiares del adulto mayor

“Desde el principio de la historia, la familia ha sido la clave de la civilización y la forma principal de relación entre las personas” (Schaie, Willis, 2003, p.137). La familia es muy importante en el desarrollo psicosocial del sujeto, ya que cumple muchas funciones para sus miembros. Un estudio con un total de 250.000 participantes, demostró que la presencia de un cónyuge en la adultez tardía es beneficiosa ya que prolonga la vida y protege contra los problemas de la vejez. (Berger, 2009, p.255).

En general la interacción y el compromiso son comunes entre adultos mayores y sus hijos adultos, los conflictos están más presentes en relaciones de convivencia más cercana. Berger, (2009) indica que debido a una mayor expectativa de vida, actualmente existen

familias que tienen hasta cinco generaciones vivas, es decir los adultos mayores, conocen y se relacionan con sus nietos y bisnietos, estas relaciones dependerán de la vinculación de los adultos mayores en la crianza y educación de los mismos. En Estados Unidos, las generaciones actuales de adultos mayores, en su mayoría están casadas o alguna vez lo estuvieron, pero debido a los cambios sociales, se predice que en las futuras generaciones de adultos mayores habrá un porcentaje mucho mayor al actual de solteros, por ende las redes sociales de amigos será mucho más numerosa también. Los lazos de amistad benefician la vida del adulto mayor, porque le brindan un soporte afectivo y de protección.

En relación a todo lo expuesto sobre el desarrollo psicosocial del adulto mayor, se puede colegir que, el envejecimiento debería ser una etapa positiva, que conlleve la integración sana de nuevas realidades con la identidad de cada sujeto.

2.4. EL ABANDONO FAMILIAR

El abandono familiar es una de las situaciones que el adulto mayor enfrenta una vez llegada esta etapa, de ahí la importancia de conocer las formas y consecuencias del mismo. El abandono, no es solo la ruptura total del vínculo afectivo y físico (en relación al espacio que la familia comparte), se entiende por abandono familiar al aislamiento emocional, indiferencia y exclusión respecto de la familia y redes sociales hacia el adulto mayor.

A continuación se presenta una definición de abandono emocional, contextualizado en un trabajo sobre el adulto mayor, del autor Andrés Soriano (2002) en su obra “Educación y violencia familiar”: “El abandono emocional, lo entendemos como la falta persistente de respuesta a las señales y expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el adulto mayor, así como la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de las figuras familiares o cuidadoras” (Soriano, 2002, p.77).

De acuerdo a esta perspectiva, el abandono entonces es una condición de privación de afecto y cercanía emocional por parte de quienes conviven con el adulto mayor. Ahora se va a definir qué es la familia, y se analizará a través de una visión actual, cómo se genera el abandono hacia el adulto mayor, dentro de ella.

“La familia es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales, pero poseen raíces universales”. (Minuchin, 2009, p.39). La familia es una unidad, que sufre cambios paralelos a los cambios sociales, es decir recibe la influencia de la cultura y el entorno en donde se desarrolla, siendo su principal función la protección psicosocial de sus miembros, la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma. (Minuchin, 2009, p.75-76).

De acuerdo a estas definiciones, se dice entonces que, la familia funciona como una institución de origen, formación y soporte para cada uno de sus miembros a lo largo de la vida, de ahí la importancia que ésta tiene, tanto a nivel individual, como a nivel social. La dinámica de la familia ha ido cambiando conforme las nuevas organizaciones económicas y sociales. En la sociedad rural la familia era la unidad de producción económica, su rol de dar cuidado a los miembros conformantes parecía mandatorio, la sociedad rural ha sido desplazada por la sociedad industrializada urbana, en donde la producción económica de los sujetos está fuera de la familia y se da a través de las grandes compañías de producción. Los sujetos engendrados en la sociedad industrial, están en una constante búsqueda de mejores oportunidades laborales y de educación, la consecuencia de esto es, una familia desintegrada, que se ha dispersado por las diferentes actividades de sus miembros y objetivos individuales, cada integrante de la familia busca su propio desarrollo e independencia. (Pérez, Rubio, Musitu, 2008, págs. 85-86)

Este ritmo acelerado de vida, ha sacrificado las formas tradicionales de unión familiar, la situación del adulto mayor dentro de la familia y la sociedad parece quedar en un plano secundario, todo lo que no produce y no está activo está condenado a la segregación, los miembros de la familia evitan asumir responsabilidades que les generen dependencia, incluso respecto al cuidado de sus padres, ya que esto les significa complicaciones.

Oscar Domínguez en su obra “La vejez nueva edad social”, describe la situación del adulto mayor dentro de la familia: “El anciano por lo tanto no cabe en el hogar de los hijos, no solamente por la falta de espacio, sino por la dificultad para integrarse en el núcleo conyugal que funciona sobre la base de la dispersión y la capacidad para desarrollar su autonomía individual (Domínguez, 1982, p. 31).

El adulto mayor experimenta una suerte de inadecuación dentro de la familia, ya que su nueva organización no está preparada para asistirlo, la pérdida de ciertas capacidades por el proceso natural de envejecimiento, hace que el adulto mayor requiera ciertos cuidados, que con el pasar de los años se vuelven más básicos.

En el aspecto emocional el adulto mayor siente una pérdida de su importancia personal, ya que la familia en ocasiones no le otorga un lugar relevante, es excluido de la toma de decisiones, ya no es productivo económicamente, entre otros factores que los hacen sentirse solos y aislados.

El ser humano es un ser gregario por naturaleza, es el único ser vivo que no puede sobrevivir sin una madre que lo alimente y proteja, y como se mencionó anteriormente, su tendencia de agrupamiento se conserva a lo largo de la vida. Se revisa a continuación un fragmento de la obra “El Apego” de J. Bowlby, en donde se aprecia la necesidad del ser humano por el vínculo afectivo.

“La conducta de apego es un tipo de conducta social de una importancia equivalente a la de apareamiento y a la paterna. Sostenemos que cumple una función biológica muy concreta, a la que todavía no se ha prestado suficiente atención. Adviértase que, en nuestra formulación, no se hace referencia alguna a necesidades o impulsos. Por el contrario, se considera que la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta. Y creemos que tales sistemas de conducta se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y, en especial, con la principal figura de ese ambiente, es decir, la madre.”
(Bowlby, 1998, p.250)

El estudio del apego trabajado por J. Bowlby, ha sido un aporte muy importante dentro de la teorización de las relaciones vinculares en los sujetos, la relación del niño con la madre, es el canal de su relación con el mundo, no solo en un sentido biológico, sino también social y emocional. El ser humano tiene una tendencia innata a establecer vínculos y aferrarse a ellos, para éste, las necesidades afectivas son tan fuertes como las necesidades biológicas.

El adulto mayor regresa a un estado vulnerable, en muchos casos se encuentra en una posición débil frente a los demás, y tal como en la niñez vuelve a necesitar una figura que le

brinde cuidados, seguridad y lo sostenga emocionalmente. La sociedad Occidental no resalta el lado positivo de la adultez tardía, que tiene más tiempo libre, menos responsabilidades, más sabiduría, aprendizajes etc., al contrario la margina y excluye.

Contextos del abandono

El abandono del adulto mayor puede darse en diversas maneras, puede incluso suceder dentro del núcleo familiar, con actos de negligencia, indiferencia etc. A continuación abordaremos, la institucionalización como una forma de abandono.

- Institucionalización

La institucionalización, es la entrada total o parcial, del adulto mayor a estamentos públicos o privados que ofrezcan servicios de atención integral y protección. En Estados Unidos el 10% de los adultos mayores tienen como hogar una institución (Feldman, 2007, p.637). El Ecuador no cuenta con datos estadísticos sobre el número de adultos mayores que viven en instituciones de cuidado, el último censo de población y vivienda realizado en el año 2010, arroja información poco precisa del número de viviendas que funcionan como asilos de ancianos.

El Hogar de ancianos “Corazón de María” lugar en donde se realizó ésta investigación, acoge prioritariamente a los ancianos desamparados que viven en las calles, o aquellos que no cuentan con un medio familiar y llegan a la institución por cuenta propia, recibe también adultos mayores que son llevados por sus familiares, la mayoría de escasos recursos. Ésta es una institución que ofrece cuidados permanentes, es decir las 24 horas del día, los adultos mayores viven internos dentro del Hogar, en muy pocos casos tienen autorización para salir sin la compañía de un familiar.

En el caso de la población que llega al hogar por falta de una vivienda o por que no tiene familiares directos que se encarguen de su cuidado, la institución viene a sustituir en cierta forma el rol de una morada, mientras que en los casos en que si existe un medio familiar y el anciano es internado y abandonado física y afectivamente por sus familiares la

institucionalización representa una forma de abandono, ya que a través de ésta acción la familia se desliga de la responsabilidad de su cuidado.

Institucionalización, es el término que se utiliza para referirse al internamiento de una persona de más de 60 años o adulto mayor, bajo la jurisdicción o tutela de una institución de cuidados. (Hidalgo, 2001, p.41).

La sociedad industrializada contemporánea ha tenido efectos en varias dimensiones de la vida del individuo, como se menciona anteriormente, la familia, no se ha quedado fuera de estos cambios, organizándose alrededor de la dinámica que está impone. La incorporación de la mujer al trabajo, fue el hito que modificó la organización familiar tradicional respecto al cuidado de los miembros que demandan atención especial. La sociedad industrial urbana, ha asumido funciones, que antes eran funciones exclusivas de la familia, uno de los fines: facilitar las condiciones para el trabajo del sujeto en edad económicamente activa. Actualmente algunos adultos mayores viven apartados en instituciones de cuidado, o en proyectos de vivienda exclusivos para ellos.

En el Ecuador, todavía no se han desarrollado proyectos sociales de vivienda de esta naturaleza, pero se están realizando muchos proyectos enfocados a la recreación, salud, socialización y bienestar de este grupo poblacional. A continuación se revisan datos locales en relación a la familia y redes sociales del adulto mayor.

“En Ecuador en el caso de hogar, familia y redes sociales, más de 1 de cada 10 adultos mayores viven solos y otros 2 de cada 10 viven con sus cónyuges, un porcentaje importante vive con sus hijos o hijas. Más de 2 de cada 10 adultos mayores viven con personas no relacionadas o con grupos. Hay asociación entre condiciones socioeconómicas malas o indigentes y residencia sola o con un cónyuge.” (“Viviendo y apoyando el desarrollo de las personas adultas mayores” Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2011, p.50).

Los datos arrojados por este estudio (SABE), han llevado al planteamiento de dos objetivos de política pública. El primero, que los adultos mayores gocen de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de sus derechos y deberes, y

el segundo, el aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de los adultos mayores.

De acuerdo a la estadística nacional, de los sistemas de familia y redes sociales del adulto mayor, se puede apreciar que el número de adultos mayores que viven fuera del núcleo familiar, constituye una cifra importante.

La institucionalización hoy en día tiene algunas modalidades, existen instituciones de cuidado diurno, en las que el adulto mayor solo asiste en las mañanas y regresa a su casa para dormir. Instituciones que brindan un cuidado más amplio, dando atención especializada a quienes sufren de enfermedades que requieran servicio médico a tiempo completo, y las instituciones tradicionales o asilos en donde los adultos mayores viven permanentemente.

El Ecuador no cuenta con datos estadísticos del número de adultos mayores institucionalizados, el último censo de población y vivienda realizado en el año 2010, por el INEC, indica que a nivel nacional existen 67 asilos.

La internalización del adulto mayor en instituciones de cuidado, no era un hecho común en los países en desarrollo, sin embargo debido a los cambios demográficos y sociales, (una población que envejece con rapidez y escasez de cuidadores), el asilamiento es un fenómeno que va ganando fuerza. (Papalia, D. et.al., 2010, p. 601).

José Carlos García, en su texto “Los derechos y los años” hace un recorrido a través de la historia de la institucionalización, su trabajo recoge la condición social del anciano desde el siglo XV, momento en donde ser viejo era considerado como un triste espectáculo humano, la situación era distinta para aquellos que gozaban de una buena posición social, ya que su estatus les aseguraba protección y amparo, la peor parte la llevaban los viejos y pobres. En aquella época esos dos factores sumados, significaban casi lo mismo que no ser ciudadano, el destino de estos últimos estaba junto al de los enfermos mentales, eran retirados de la ciudad y arrojados a espacios en donde las condiciones de vida eran inhumanas, durante el siglo XVI la vejez paso desapercibida, posiblemente manteniendo un patrón bastante similar al siglo XV.

Es a partir del siglo XVII, cuando las instituciones dan un giro en su visión hacia los ancianos, e insertan una nueva perspectiva moral. Sosteniéndose en Foucault, García expresa que esa nueva óptica por un lado representó, una excusa para esconder a los viejos ya que su presencia era incómoda en las ciudades, tal como la presencia de los vagabundos, y por otro lado estas instituciones encontraron que la vejez era un problema y era necesario que sea asistida, problema porque el individuo dejaba de representar una función dentro de la sociedad, incluso dentro de las familias. (García, 2006, p. 228-235). Además de esto García añade que:

“Las estrategias de los asilos consisten en que a través de la mirada institucional, se objective y registre el comportamiento de los ancianos promoviendo estereotipos de comportamientos apropiados y que públicamente tengan una recepción cándida (competencias deportivas, bailes, excursiones, talleres para la buena salud). Así, la visión institucional del asilo tiene un doble papel: de terapeuta y guía de conciencias. A partir de ese último se constituye, justamente, la dominación que es un poder moral, pero también es un poder que configura la subjetividad de los alienados.” (García, 2006, p.233)

Como se puede ver, la edad adulta tardía ha sido una etapa marginada socialmente a través de la historia. La institucionalización, aparece como una solución para “limpiar” a las ciudades de todos aquellos individuos que representaban una realidad vergonzante, miserable, o poco grata para los ciudadanos, la misión de estos centros fue cambiando conforme aparecieron nuevas formas de entender a la vejez. Los adultos mayores que vivían dentro del núcleo familiar gozaban de una posición distinta en varios sentidos, en primer lugar mantenían la jerarquía dentro de la familia ya que eran los administradores del patrimonio económico hasta su muerte, y además eran portadores culturales de valores y tradiciones.

Es interesante ver que la situación del anciano institucionalizado, ha mejorado considerablemente, en la medida en que estos centros han ido incorporando lineamientos profesionales de trabajo. Sin embargo la situación del adulto mayor dentro de la familia ha cambiado negativamente, ya que hoy en día la institución de la familia, como consecuencia de un proceso propio de la sociedad industrial no representa una estructura de soporte para estos miembros, es decir el abandono del adulto mayor se puede dar dentro del hogar.

A pesar de los cambios que se han producido en la dinámica de las familias ecuatorianas, su funcionamiento sigue evidenciando alta interdependencia entre sus miembros, para los ecuatorianos la familia, es el espacio de realización personal y social. (Verdesoto, 1995, p.7-9).

La función de la familia continúa teniendo un papel muy importante dentro de la sociedad ecuatoriana, siendo trascendental para el desarrollo y salud psíquica de sus miembros. En una sociedad, cada día más demandante, en la que se han perdido prácticas y valores comunitarios, con sujetos que se han alineado a un conjunto de valores engendrados en este sistema, la función psicosocial de la familia de apoyar a sus miembros cobra mayor importancia, el criterio para la vida familiar no ha mutado, sigue siendo el mismo, han sido las familias las que están quedando muy lejos de este ideal. (Minuchin, 2009, p.76)

La familia sigue siendo el mejor lugar de cuidado para el adulto mayor, ya que los vínculos existentes entre sus miembros y el sentido de pertenencia que tiene hacia ella, son parte de su identidad. El desarraigo, la pérdida de los vínculos familiares, de las circunstancias cotidianas de la vida y del entorno físico, además de la pérdida de independencia, son algunas de las situaciones que vive el adulto mayor asilado, esto le significa un duelo complejo, que muchas veces es difícil de elaborar.

Consecuencias del abandono

Para abordar esta temática, este estudio se basará en los trabajos de J. Bowlby, quien realizó un importante aporte en relación al estudio del vínculo, su teoría es conocida como “Teoría del apego”.

La relación del niño con la madre, provee una fuente de seguridad y bienestar, la separación, por otro lado, le genera zozobra y angustia. Tanto el apego como la reacción ante la separación son conductas innatas, que se conservan a lo largo de la vida y se manifiestan bajo circunstancias que recrean esta relación primaria. Los estudios que realizó Bowlby, con varios niños dan cuenta de patrones conductuales concretos, que evidencian con claridad cómo el apego es una reacción humana de trascendental importancia.

Bowlby, señala que algunas de las respuestas frente a la separación o amenaza de separación que los niños experimentan, son ira, ansiedad, zozobra, inquietud, culpa. (Bowlby, 1985, p.269-280). Estas reacciones instintivas del ser humano, se activarán frente a estímulos que provoquen la misma sensación de desamparo, por tanto se puede establecer que estas reacciones y sus implicaciones, son consecuencias de la pérdida del vínculo con las figuras de afecto.

El autor de la trilogía de “El apego y la pérdida”, J. Bowlby, menciona que la conducta del niño frente al alejamiento de la madre, estará determinada también por el grado de familiaridad del ambiente en que se queda, de esta forma un ambiente seguro y conocido le brindará al niño seguridad y tranquilidad. (Bowlby, 1998, p.343).

La teoría del apego, es una teoría que estudia la conducta humana en relación al vínculo, fue desarrollada a través de la observación de niños, pero su alcance teórico no se limita a este grupo poblacional, por lo que se puede llegar a decir entonces, que la situación de abandono en la adultez tardía genera una serie de reacciones humanas propias del desamparo; conductas como la ira, agresividad, falta de apetito, inhibición, llanto, etc., son algunas de las manifestaciones de la pérdida afectiva familiar.

Otras consecuencias del abandono son la ruptura de la comunicación con la familia, el adulto mayor no encuentra un espacio de expresión de sus sentimientos, emociones, incluso de sus necesidades, los lazos afectivos se rompen y se corta la interacción entre sus miembros. Las emociones sufren cambios en este doloroso proceso de aislamiento, los adultos mayores se vuelven más sensibles y son susceptibles de verse afectados por cualquier tipo de situación que perciban como negativa, esto hace que tengan mayor posibilidad de entrar en cuadros de depresión. En la medida en la que su sensibilidad crece, la conducta del adulto mayor puede ir cambiando, ésta se puede tornar poco tolerante y agresiva, muchos estímulos le resultarán molestos, lo cual despertará reacciones desfavorables en su entorno.

La soledad y rechazo que vive el adulto mayor, en ocasiones se ven reflejados en los deseos de muerte que experimentan, se perciben a sí mismos como una carga para sus familiares. (Gastón Gutiérrez R., 28 de junio 2005, “Abandono de la tercera edad en la

familia”, recuperado: 15 de mayo 2013, de: <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml>).

Las pérdidas que atraviesa el adulto mayor, generan un proceso de duelo que en ocasiones puede llegar a ser muy complejo, especialmente si no cuentan con una red de apoyo que los sostenga emocionalmente y los ayude a adaptarse a esta nueva fase que implica una serie de limitaciones, como es el caso de aquellos que se encuentran en situación de abandono.

“(…) y en las personas de la tercera edad es mucho más importante. A lo largo de toda su existencia se han ido acumulando afectos y relaciones tanto físicas como materiales que le han ido dando sentido a su vida, y cuando por cualquier circunstancia estas relaciones se pierden o desaparecen el individuo siente que ha perdido aún el sentido de su propia existencia.” (Jara R., 1999, Tercera edad en la familia ecuatoriana. Tesis de maestría no publicada. Universidad Politécnica Salesiana, Quito, Ecuador).

En efecto, la naturaleza del objeto perdido que provoca un proceso de duelo en el adulto mayor puede ser diversa, la sola imposición de una rutina en el caso de la institucionalización, podría desencadenar un duelo por la pérdida de la independencia. La pérdida de los vínculos de apego, de los roles, del hogar, de la identidad y de todo lo que el adulto mayor perciba como perdido, significará un duelo, Freud postula que: “el duelo supone una tarea psíquica bastante precisa que hay que realizar, su función es desvincular las esperanzas y los recuerdos del muerto” (Freud, 1913, p.65).

Así, la principal consecuencia del abandono es el duelo, causado por todas las pérdidas que la situación de desamparo comprende. La tarea a la que se enfrenta el adulto mayor es reencauzar su vida emocional, dándole un nuevo destino a sus afectos e incorporar nuevos intereses y sentidos a su existencia.

La situación de abandono en el adulto mayor genera una serie de emociones y sentimientos negativos, que llegan a afectar significativamente su estado psicológico, la afección psíquica que genera el desamparo y la ruptura de los vínculos afectivos, se ve reflejada en manifestaciones conductuales y cambios en la personalidad del sujeto que afectan sus

relaciones sociales e incluso su salud física. El adulto mayor que no está inserto en el seno de un núcleo familiar acogedor que le brinde soporte afectivo, no está siendo reconocido por el otro, es decir no está recibiendo ese mínimo de afecto necesario para mantener un equilibrio personal.

El adulto mayor institucionalizado, además de haber perdido sus redes familiares y sociales, sufre una pérdida de identidad y autonomía, ya que estos centros a pesar de tener una misión de acogida, resultan alienantes para el sujeto, su direccionalidad llega a controlar hasta los aspectos más básicos de la vida del individuo. No cabe duda, que el mejor lugar para el adulto mayor esta dentro de la familia, sin embargo las nuevas organizaciones sociales han hecho que la familia delegue a la sociedad sus funciones tradicionales, frente a esta nueva realidad que se presenta como una tónica que va en aumento. El estado y la misma sociedad deben crear y fortalecer estructuras mejor preparadas para asegurar condiciones dignas para los adultos mayores institucionalizados.

3. ESTUDIO DE CASOS

3.1. Metodología

Las variables y los indicadores que se tomarán en cuenta en este estudio son los siguientes:

Tabla 1. Tabla de variables e indicadores

Variables	Indicadores
Variable Independiente Abandono familiar en el adulto mayor	Indicadores variable independiente Adultos mayores que reúnen las condiciones físicas y mentales adecuadas para participar de la investigación, seleccionados bajo el criterio profesional del personal de la institución. Adultos mayores en condición de abandono familiar, entendiéndose por abandono la situación de institucionalización. Adultos mayores de las áreas de semanería masculina y femenina que no presenten deficiencia auditiva, verbal así como enfermedad mental.
Variable Dependiente Proceso de duelo	Indicadores variable independiente Llanto frecuente. Labilidad emocional. Pérdida de interés por actividades diarias. Dependencia manifiesta en exigencias constantes. Pérdida del sueño. Pérdida del apetito. Agresividad Dificultad en el contacto social

Fuente: Plan de disertación aprobado en mayo 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

Los pasos que se siguieron para la ejecución del estudio se enlistan a continuación:

- Acercamiento a la Institución, “Hogar de ancianos Sagrado Corazón de María” a través de la autoridad máxima Hna. Raquel Fernández.
- Selección de la muestra: inicialmente se delimitó la población bajo parámetros de edad, y condiciones de salud física y mental, pero en vista de que el número de personas que cumplían con todas las condiciones no era representativo, se procedió a realizar la selección de la población de acuerdo a la sugerencia de los profesionales de la Institución, ampliando el rango de edad. En cuanto al estado físico y mental de los participantes se tomaron en cuenta los mismos criterios considerados en la planificación.
- Construcción de la encuesta: (Anexo 1), la encuesta consta de trece preguntas cerradas, ocho de ellas indagan directamente sobre los indicadores de la variable dependiente (proceso de duelo), se consideró necesario incluir algunas preguntas adicionales para validar y ampliar la información.
- Aplicación de la encuesta: se aplicó la encuesta a 5 personas que pertenecen al personal profesional y de cuidado de esta institución.
- Construcción de la guía de observación: (Anexo 2), se realizó una guía de observación que constaba con cada uno de los ocho indicadores de la variable dependiente, el observador debía calificar con un SI, en el caso de que la conducta se presentara y un NO, en el caso contrario.
- Observación directa: se realizaron dos observaciones directas de los sujetos de estudio en situaciones cotidianas relacionadas con los indicadores que se quería estudiar.
- Elaboración de guía de entrevista semiestructurada: (Anexo 3) esta guía constó de 21 preguntas abiertas, se incluyó dentro de las mismas todos los indicadores de la variable dependiente.

- Entrevista a los sujetos que fueron parte del estudio: se entrevistó a 17 personas, 1 persona no accedió a la encuesta.
- Revisión de Historias Clínicas: (Anexo 4), se revisó la Historia Clínica de cada uno de los adultos mayores seleccionados como sujetos de estudio.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

El Hogar de ancianos “Corazón de María” cuenta con un pabellón masculino y otro femenino. El área de varones al igual que el área de mujeres está dividida en Semanería y Enfermería, en la primera sección se encuentran los pacientes menos dependientes y de condiciones estables de salud, mientras que en el área de enfermería están los internos que padecen enfermedades físicas, altos grados de dependencia y requieren mayor atención del personal.

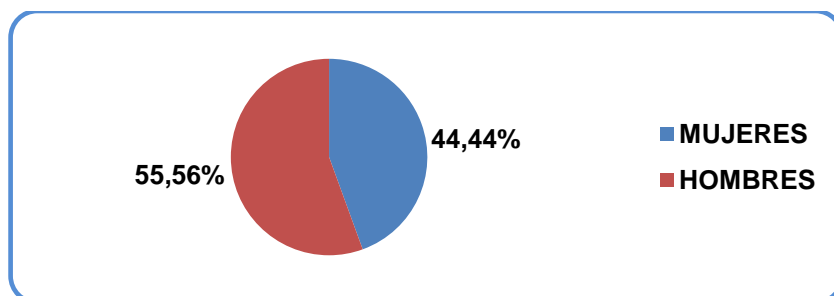
En el área de mujeres existe una sección adicional llamada Betania, destinada a todas las internas con enfermedad mental, el área de varones no cuenta con esta sección por falta de espacio físico, debido a estos problemas de infraestructura los internos con enfermedad mental están dentro de las áreas de semanería y enfermería de acuerdo a su condición de salud y física.

Para delimitar la población se decidió trabajar con las áreas de semanería tanto femenina como masculina, teniendo un total de 84 internos, el siguiente filtro fue escoger a todos quienes cumplieran con los parámetros de edad, y condiciones físicas y mentales necesarias para poder participar del estudio, inicialmente se estableció trabajar con los adultos mayores que se encontraran en las edades comprendidas entre 60 y 80 años, pero por sugerencia de los profesionales de la institución se amplió este rango de edad y se consideró como sujetos de estudio a un grupo de 18 internos escogidos bajo el mejor criterio de los profesionales en función de sus capacidades cognitivas, verbales, auditivas y físicas para colaborar con esta investigación, esta decisión permitió ampliar la población dando mayor representatividad a la muestra.

3.2.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

A continuación se presenta a través de ilustraciones gráficas las principales características de la población de estudio:

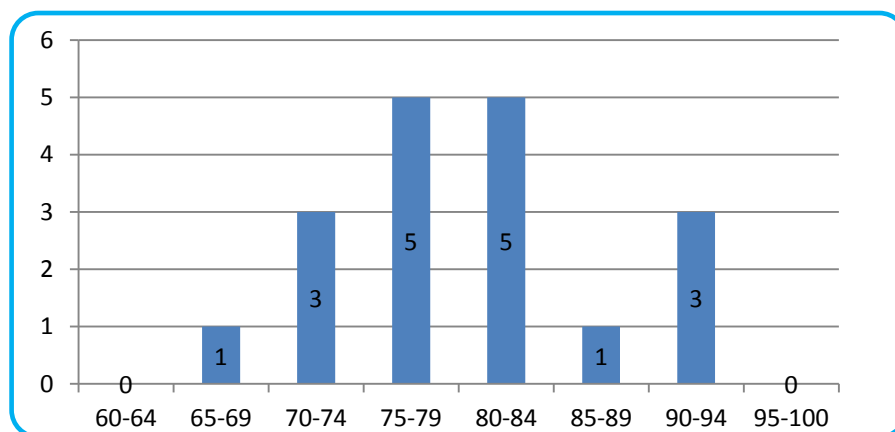
Ilustración 1. Distribución de la población por género



Fuente: "Encuesta aplicada al personal del Hogar Corazón de María" aplicada en Agosto 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

Ilustración 2. Número de personas por rango de edad



Fuente: Historias Clínicas "Hogar Corazón de María", revisadas en Julio 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

Del total de la población el 55,5% corresponde a hombres y el 44,4% a mujeres, la distribución de la población por género es parcialmente homogénea. (Ver Ilustración 1) El 55,4% de la población está ubicada dentro de los quinquenios 75-79, 80-84 años, en el quinquenio de 60-64 años no se encuentra ningún sujeto, en el quinquenio 65-69 años al igual que en el quinquenio 85-89 años se encuentra una persona por cada uno, y en los

quinquenios 70-74, 90-95 años se ubican 3 personas respectivamente, tomando en cuenta que el porcentaje de la muestra de este estudio representa el 21% de la población (18 personas), porcentaje representativo en relación a un total de 84 internos de las áreas de semanería femenina y masculina, se puede ver que la mayor cantidad de adultos mayores asilados se ubican en los quinquenios 75-79, 80-84 años, por tal razón fue necesario ampliar el rango de edad originalmente planteado en la planificación de esta investigación, (60 a 80 años), así finalmente se seleccionó a los adultos mayores sugeridos bajo el criterio de los profesionales del Hogar, este criterio se manejó en función de: condiciones físicas adecuadas, principalmente capacidades auditivas y verbales, ausencia de enfermedad mental, no se estableció rangos de edad. (Ver Ilustración 2).

Tabla 2. Distribución de la población de estudio por estado civil

DISTRIBUCIÓN POR ESTADO CIVIL	NRO. PERSONAS	PORCENTAJE
SOLTEROS	10	55,55%
CASADOS	1	5,55%
VIUDOS	6	33,33%
SEPARADOS	1	5,55%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historias Clínicas "Hogar Corazón de María", revisadas en Julio 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

El 55,5% de la población nunca se ha casado (solteros), el 5,5% son casados, el 33,3% son viudos y el 5,5% están separados, el grupo de los solteros constituye la mayoría de la población, en base al análisis de las historias clínicas se conoce que ninguna de las personas que pertenecen a este grupo tienen hijos.

Tabla 3. Distribución de la población por ausencia o presencia de familiares

DISTRIBUCIÓN POR AUSENCIA O PRESENCIA DE FAMILIARES	NRO. PERSONAS	PORCENTAJE
FAMILIARES	12	66,60%
NO FAMILIARES	6	33,30%
TOTAL	18	100%

Fuente: Historias Clínicas "Hogar Corazón de María", revisadas en Julio 2013.
Elaborado por: Estefanía Ruano H.

El 66,6% de la población tiene familiares o una persona de contacto, el 33,3% de la población no tiene familiares ni representantes. Algunas de las personas que aparecen como familiares en las historias clínicas de los asilados, son vecinos, conocidos o familiares lejanos, por lo que esta información no es indicador de que el adulto mayor tenga un vínculo familiar.

3.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En esta investigación tenemos como fuentes de información las siguientes herramientas:

- a. Encuesta realizada al personal de la institución.
- b. Observación directa por dos ocasiones.
- c. Entrevista a las personas que participaron como sujetos de estudio.

Para el procesamiento de la información seguiremos el orden planteado anteriormente.

Encuesta

El objetivo de la encuesta es conocer las manifestaciones del duelo por abandono familiar, a través del criterio del personal profesional y personal de cuidado del Hogar "Corazón de María". La mayoría de la población de esta institución ha sido abandonada por sus familiares, el Hogar de ancianos "Corazón de María" recibe prioritariamente los casos de desamparo, y pobreza.

La encuesta constó de 13 preguntas, de las cuales 8 abordan directamente a los indicadores de la variable dependiente, las otras 5 preguntas validan esta información y aportan con datos adicionales importantes para el análisis cualitativo de los sujetos.

Esta encuesta fue aplicada a 3 personas del personal profesional y 2 personas del personal de cuidado, por el personal profesional participaron: médico geriatra, psicóloga, terapeuta física y por el personal de cuidado: auxiliar de enfermería área de varones, auxiliar de

enfermería área de mujeres, cada persona contestó 18 encuestas, una por cada sujeto de la muestra, a excepción de las enfermeras, quienes contestaron de acuerdo al área a la que pertenecen, mediante esta encuesta se buscaba caracterizar al sujeto de investigación desde los criterios de los profesionales en mención, para lo cual se dio a cada pregunta la alternativa de SI o NO, y se calificó de la siguiente manera: el SI equivale a 1 punto, mientras que el NO carece de valor.

Sin embargo, en la sumatoria de las puntuaciones por profesionales, algunas de las preguntas que contiene la encuesta tendrán una puntuación intermedia, para lo cual se tomó la siguiente decisión: en vista de que el profesional con más años en la institución es la terapeuta física, por tanto conoce mejor a la población, su respuesta prevalecerá por encima del criterio de los otros tres encuestados quienes llevan menos tiempo en el Hogar.

Para determinar si el adulto mayor está atravesando un proceso de elaboración de duelo, se tomó en cuenta el siguiente criterio: sobre el número total de indicadores de duelo (ocho), el sujeto deberá cumplir con cinco indicadores o más.

Para la revisión de los resultados obtenidos en la encuesta, se hará un análisis por indicador siguiendo el mismo orden de las preguntas planteadas y posteriormente un análisis general.

1. Presencia de llanto frecuente

Para saber si existe o no llanto frecuente, se utilizaron dos preguntas (1,2) la primera destinada a conocer la opinión del profesional en términos de Si o No, y la segunda amplía esta información determinando las causas del llanto en el caso de que la pregunta 1 sea afirmativa.

Tabla 4. Percepción de Profesionales de presencia de llanto frecuente

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0	1	0		0		0	1	NO LLANTO
2	RUTH		0		0		0		0	0	NO LLANTO
3	GLORIA		0		0		0		0	0	NO LLANTO
4	CARMEN		0		0		0		0	0	NO LLANTO
5	JAIME ENRIQUE		0		0	1			0	1	NO LLANTO
6	DOLORES		0		0		0		0	0	NO LLANTO
7	LUIS E.		0		0		0		0	0	NO LLANTO
8	LUIS F.	1			0		0	1		2	NO LLANTO
9	LUIS L.		0		0		0		0	0	NO LLANTO
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	NO LLANTO
11	JOSÉ MAR.	1			0		0	1		2	NO LLANTO
12	CLARA	1		1		1			0	3	PRESENTA LLANTO
13	ANA MARÍA	1			0	1			0	2	NO LLANTO
14	HERMAN		0		0		0		0	0	NO LLANTO
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	NO LLANTO
16	AMADA		0		0		0		0	0	NO LLANTO
17	LINO		0		0		0		0	0	NO LLANTO
18	MANUEL	1			0		0		0	1	NO LLANTO

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

En el único caso en el que los profesionales aprecian llanto, determinan que la causa del mismo es un sentimiento de soledad. Entre las causas de llanto, se contemplaron las siguientes:

- Porque se siente solo
- Porque no está adaptado a la institución
- Presenta un cuadro depresivo
- Otras.

2. Labilidad emocional

Para determinar si los sujetos manifestaban labilidad emocional, se utilizaron las siguientes dos preguntas de la encuesta (3,4), ambas se presentaron bajo las opciones de SI o No, la

primera buscaba conocer si el sujeto tiene cambios repentinos de humor, y la segunda (en caso de ser afirmativa) si esto se debe a una causa específica.

Tabla 5. Percepción de Profesionales de presencia de labilidad emocional

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0	1			0	1		2	PRESENTA L.E
2	RUTH		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
3	GLORIA		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
4	CARMEN		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
6	DOLORES		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
7	LUIS E.		0		0	1		1		2	NO PRESENTA L.E
8	LUIS F.		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
9	LUIS L.	1		1			0		0	2	PRESENTA L.E
10	JOSÉ MAL.	1		1			0	1		3	PRESENTA L.E
11	JOSÉ MAR.	1		1			0	1		3	PRESENTA L.E
12	CLARA	1			0	1		1		3	PRESENTA L.E
13	ANA MARÍA	1			0	1			0	2	NO PRESENTA L.E
14	HERMAN		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
15	MARÍA ETELVINA	1			0		0		0	1	NO PRESENTA L.E
16	AMADA		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
17	LINO		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E
18	MANUEL		0		0		0		0	0	NO PRESENTA L.E

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

De los cinco casos que se aprecia presentan labilidad emocional, cuatro de ellos estarían motivados por causas específicas de acuerdo al criterio de los profesionales.

3. Pérdida de interés por actividades diarias

Para investigar este indicador, se utilizaron dos preguntas (5,6), la primera tenía como objetivo conocer si en el Hogar se realizan actividades de desarrollo cognitivo, físico y terapéutico, y la siguiente si el adulto mayor participa o no de las mismas, los encuestados debían contestar las dos preguntas en términos de Si o No.

Tabla 6. Percepción de Profesionales de pérdida de interés por actividades diarias

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0		0	1			0	1	NO PARTICIPTIVO
2	RUTH	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
3	GLORIA	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
4	CARMEN	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
5	JAIME ENRIQUE		0		0	1		1		2	NO PARTICIPTIVO
6	DOLORES	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
7	LUIS E.	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
8	LUIS F.	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
9	LUIS L.		0		0	1			0	1	NO PARTICIPTIVO
10	JOSÉ MAL.	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
11	JOSÉ MAR.	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
12	CLARA	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
13	ANA MARÍA	1		1			0	1		3	PARTICIPTIVO
14	HERMAN	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
15	MARÍA ETELVINA		0	1		1		1		3	PARTICIPTIVO
16	AMADA	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
17	LINO	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO
18	MANUEL	1		1		1		1		4	PARTICIPTIVO

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

De acuerdo a los profesionales la mayor parte de la muestra participa de las actividades que se organizan en la institución, las personas que no participan son en su totalidad hombres, lo que posiblemente podría estar vinculado al género. En la generación de la población de estudio se encuentran muchas conductas y conceptos machistas, las actividades manuales están asociadas a tareas femeninas, en ocasiones los varones se muestran reacios a participar de algunas actividades.

4. Dependencia manifiesta en exigencias constantes

Para conocer este indicador se plantearon dos preguntas (7,8), en la primera se presentó una escala de 5 puntos, siendo 5 el puntaje más alto y 1 el más bajo, el encuestado debía señalar cuál considera es el grado de dependencia del sujeto hacia el personal de cuidado y profesional valorándolo de acuerdo a esta escala, la siguiente pregunta complementa a la anterior y busca conocer si el paciente manifiesta reiterativamente sus necesidades al personal.

Tabla 7. Percepción de Profesionales de presencia de dependencia manifiesta en exigencias constantes.

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
2	RUTH		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
3	GLORIA		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
4	CARMEN		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
6	DOLORES		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
7	LUIS E.		0		0	1			0	1	INDEPENDIENTE
8	LUIS F.	1			0		0		0	1	INDEPENDIENTE
9	LUIS L.	1			0		0		0	1	INDEPENDIENTE
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
11	JOSÉ MAR.	1			0	1			0	2	INDEPENDIENTE
12	CLARA	1			0		0		0	1	INDEPENDIENTE
13	ANA MARÍA		0		0	1			0	1	INDEPENDIENTE
14	HERMAN	1		1		1		1		4	DEPENDIENTE
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
16	AMADA		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE
17	LINO	1			0		0		0	1	INDEPENDIENTE
18	MANUEL		0		0		0		0	0	INDEPENDIENTE

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano

Existe solo una persona que los profesionales consideran dependiente, el resto de sujetos es independiente, esto se explica por las características con que se delimitó la muestra, el sujeto de estudio debía tener plena capacidad para participar de la investigación, para ello

era necesario que no presente dificultades auditivas, verbales, o enfermedad mental, en general se trabajó con personas con buenas condiciones físicas y mentales, lo cual tiene relación con el grado de dependencia.

5. Pérdida del sueño

Para conocer si el sujeto ha perdido el sueño, se establecieron dos preguntas (9,10), la primera (respuesta abierta) pide se señale cuántas horas duerme el adulto mayor, la segunda pregunta presentada en términos de Si o No, averigua si el adulto mayor ha presentado insomnio

Tabla 8. Percepción de Profesionales de pérdida de sueño

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0		0		0	si		1	SUEÑO ADECUADO
2	RUTH		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
3	GLORIA		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
4	CARMEN		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
6	DOLORES		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
7	LUIS E.		0		0	1			0	1	SUEÑO ADECUADO
8	LUIS F.		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
9	LUIS L.		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
11	JOSÉ MAR.		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
12	CLARA	1		1			0		0	2	PÉRDIDA DE SUEÑO
13	ANA MARÍA		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
14	HERMAN		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
16	AMADA		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
17	LINO		0		0		0		0	0	SUEÑO ADECUADO
18	MANUEL	1			0		0		0	1	SUEÑO ADECUADO

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

En el resultado de este indicador, los profesionales señalan que casi la totalidad de la muestra tiene un sueño adecuado, cabe señalar que no se discriminó cuantos de los sujetos duermen con la ayuda de medicamentos, lo cual es muy frecuente en esta población.

6. Pérdida del apetito.

Para conocer si este indicador se presenta, se preguntó al encuestado si ha observado que el adulto mayor no tiene apetito a la hora de las comidas, se calificó con Si o No, por la redacción de la pregunta, si la respuesta es No, el sujeto come bien, una respuesta afirmativa da cuenta de una mala alimentación.

Tabla 9. Percepción de Profesionales de pérdida de apetito

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0		0	1			0	1	APETITO ADECUADO
2	RUTH		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
3	GLORIA		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
4	CARMEN		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
6	DOLORES		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
7	LUIS E.		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
8	LUIS F.		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
9	LUIS L.		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
11	JOSÉ MAR.		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
12	CLARA		0		0	1			0	1	APETITO ADECUADO
13	ANA MARÍA		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
14	HERMAN		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
16	AMADA		0		0	1			0	1	APETITO ADECUADO
17	LINO		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO
18	MANUEL		0		0		0		0	0	APETITO ADECUADO

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

De acuerdo a los profesionales todos los adultos mayores de la muestra tienen un apetito adecuado.

7. Agresividad

La penúltima pregunta, estuvo destinada a conocer si el adulto mayor muestra conductas agresivas hacia el personal de cuidado, profesional o compañeros, fue valorada con un Si o No.

Tabla 10. Percepción de Profesionales de presencia de agresividad

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0	1			0	1		2	AGRESIVIDAD
2	RUTH		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
3	GLORIA		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
4	CARMEN		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
6	DOLORES		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
7	LUIS E.		0		0	1			0	1	NO AGRESIVIDAD
8	LUIS F.		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
9	LUIS L.		0	1			0		0	1	NO AGRESIVIDAD
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
11	JOSÉ MAR.		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
12	CLARA		0		0	1			0	1	NO AGRESIVIDAD
13	ANA MARÍA		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
14	HERMAN		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
16	AMADA		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
17	LINO		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD
18	MANUEL		0		0		0		0	0	NO AGRESIVIDAD

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

Hay muy pocos criterios de evidencia de conductas agresivas en los adultos mayores de acuerdo a los profesionales.

8. Dificultad en el contacto social

Para conocer si el adulto mayor tiene dificultad en el contacto social se preguntó si este se muestra reacio o apático en el contacto con otras personas, los encuestados contestaron en términos de Si o No.

Tabla 11. Percepción de Profesionales de dificultad en el contacto social

Nro.	NOMBRE DEL PACIENTE	PSICÓLOGA		TERAPISTA FÍSICA		MÉDICO		ENFERMERA		TOTAL	CONCLUSIÓN
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	GUILLERMO		0		0		0	1		1	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
2	RUTH		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
3	GLORIA		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
4	CARMEN		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
5	JAIME ENRIQUE		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
6	DOLORES		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
7	LUIS E.		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
8	LUIS F.		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
9	LUIS L.		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
10	JOSÉ MAL.		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
11	JOSÉ MAR.		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
12	CLARA		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
13	ANA MARÍA		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
14	HERMAN		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
15	MARÍA ETELVINA		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
16	AMADA		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
17	LINO		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S
18	MANUEL		0		0		0		0	0	NO HAY DIFICULTAD EN C.S

Fuente: Encuesta personal del Hogar de ancianos "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

Los profesionales consideran que ninguno de los adultos mayores que forman parte de la población de estudio, tienen dificultades en el contacto social, por tanto se colige que las relaciones interpersonales entre compañeros y con el personal de la institución es positiva.

A continuación se presenta la tabla unificada de los criterios del personal.-

Tabla 12. Tabla de criterios profesionales unificada

Nro.	NOMBRE	No. IND. + /8	Proceso de duelo evidente para profesionales
1	GUILLERMO	2	NO
2	RUTH	0	NO
3	GLORIA	0	NO
4	CARMEN	0	NO
5	JAIME ENRIQUE	0	NO
6	DOLORES	0	NO
7	LUIS E.	0	NO
8	LUIS F.	0	NO
9	LUIS L.	2	NO
10	JOSÉ MAL.	1	NO
11	JOSÉ MAR.	1	NO
12	CLARA	3	NO
13	ANA MARÍA	0	NO
14	HERMAN	1	NO
15	MARÍA ETELVINA	0	NO
16	AMADA	0	NO
17	LINO	0	NO
18	MANUEL	0	NO

Fuente: Encuesta dirigida al personal profesional y personal de cuidado del Hogar de ancianos "Corazón de María". Julio 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

En base al criterio que se utilizó en esta herramienta para determinar si existía un proceso de duelo en el adulto mayor, se concluye que ninguno de los sujetos de investigación atraviesa un duelo evidente, tan solo 6 personas del total de la muestra que representa el 33,3% de la

población presentan de 1 a 3 indicadores, el porcentaje restante es decir el 66,6% no presenta ningún indicador, la mayoría de adultos mayores no manifiesta ninguna conducta que se relacione con un proceso de elaboración de duelo, no existió mayor discrepancia entre los criterios de los profesionales, se dieron pocos casos de puntuaciones medias, para las cuales se dio mayor peso a la calificación de la terapeuta física.

En general la población de estudio, muestra buen estado anímico, participa de las actividades que se realizan en la institución, lo cual los mantiene activos y parece tener una incidencia positiva en su estado de salud físico y psicológico, la mayoría son independientes, tienen apetito y horas de sueño adecuadas, además de que no manifiestan conductas agresivas, dificultad en el contacto social, ni labilidad emocional.

El estado general de bienestar de los adultos mayores que se evidencia de acuerdo a los resultados de esta herramienta de investigación, está relacionado en primera instancia a condiciones particulares de los sujetos, entre las que se destaca una buena salud mental y buena salud física, ninguno de ellos presenta enfermedades de gravedad o condiciones de salud que conlleven impedimentos tanto físicos como cognitivos, la mayoría evidencia un deterioro normal para la edad y afecciones propias de la adultez tardía como hipoacusia y pérdida cognitiva leve, además de estas características subjetivas positivas de la población, encontramos que la institución brinda a través de su personal una atención integral, lo cual hace que el adulto mayor se sienta protegido y seguro.

El Hogar se preocupa por crear ambientes dinámicos y terapéuticos, y se puede ver que la mayor parte de la población de estudio participa de estas actividades, en este sentido la institución está cumpliendo la función de hogar, y gracias a esto el adulto mayor a pesar de su situación de abandono se siente adaptado y acogido. La mayor parte de sujetos que evidencian indicadores de duelo, presentan cambios repentinos de humor provocados por situaciones específicas, los mismos que están relacionados a necesidades afectivas, pues dicen sentirse solos.

Observación Directa

Con el fin de conocer cómo se da la interacción entre los pacientes, y las características de su comportamiento, se utilizó la técnica de observación directa de la población de estudio. La observación se llevó a cabo en escenarios y tiempos diferentes, (Dentro del Hogar “Corazón de María”), el objetivo fue determinar la presencia o ausencia de indicadores que evidencien un proceso de duelo. La primera observación tuvo lugar el 13 de julio del 2013 y la segunda el 9 de agosto del mismo año.

Se registró en un cuaderno de notas una descripción detallada de las conductas de cada uno de los sujetos durante el transcurso del día, se pudo observar las actividades cotidianas grupales y personales que realizaban, su interrelación con el personal de cuidado, profesional y con sus compañeros, las horas de la comida, y el momento del descanso.

Para fines del análisis se procesó la información de la siguiente manera: se calificó a cada uno de los ocho indicadores de la variable independiente con un SI o un NO, SI en el caso de que se presente la conducta y NO en el caso de que no se presente la conducta, tal como se realizó en la encuesta, se considera que el sujeto atraviesa un proceso de duelo cuando presenta 5 o más indicadores positivos. Tras el análisis de esta información a continuación se presenta la puntuación e interpretación.

Tabla 13. Observación directa de indicadores de duelo julio

No	INDICADOR	Llanto frecuente.	Labilidad emocional.	Pérdida de interés por actividades diarias.	Dependencia manifiesta en exigencias constantes.	Pérdida del sueño.	Pérdida del apetito.	Agresividad	Dificultad en el contacto social
1	ABARCA GUILLERMO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI
2	CAMACHO RUTH	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
3	CARTAGENA GLORIA	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO
4	CASTILLO CARMEN	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
5	DELGADO JAIME ENRIQUE	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	DÍAZ DOLORES	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
7	ESPINOZA LUIS	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO
8	FARINANGO LUIS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	LANDINES LUIS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
10	MALDONADO JOSÉ	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	MARIÑO JOSÉ	SI	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO
12	MORALES CLARA	NO	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO
13	PALACIOS ANA MARÍA	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO
14	PROAÑO HERMAN	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
15	RODRIGUEZ MARÍA ETELVINA	NO	NO	SI	NO	SI	SI	NO	NO
16	SILVA AMADA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17	TUQUEREZ LINO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18	USHIÑA MANUEL	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO

Fuente: Observación directa de los adultos mayores del Hogar "Corazón de María". Julio 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

Tabla 14. Observación directa de indicadores de duelo agosto

No	INDICADOR	Llanto frecuente.	Labilidad emocional.	Pérdida de interés por actividades diarias.	Dependencia manifiesta en exigencias constantes.	Pérdida del sueño.	Pérdida del apetito.	Agresividad	Dificultad en el contacto social
1	ABARCA GUILLERMO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI
2	CAMACHO RUTH	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
3	CARTAGENA GLORIA	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO
4	CASTILLO CARMEN	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
5	DELGADO JAIME ENRIQUE	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
6	DÍAZ DOLORES	SI	SI	NO	NO	SI	NO	NO	NO
7	ESPINOZA LUIS	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO
8	FARINANGO LUIS	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
9	LANDINES LUIS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI
10	MALDONADO JOSÉ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
11	MARIÑO JOSÉ	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
12	MORALES CLARA	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO
13	PALACIOS ANA MARÍA	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
14	PROAÑO HERMAN	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO
15	RODRIGUEZ MARÍA ETELVINA	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	NO
16	SILVA AMADA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
17	TUQUEREZ LINO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
18	USHIÑA MANUEL	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO

Fuente: Observación directa de los adultos mayores del Hogar "Corazón de María". Agosto 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano.

Tabla 15. Observación directa indicadores unificados, julio

Nro.	NOMBRE	No. IND. +	Proceso de duelo evidente para Profesionales
1	GUILLERMO	3	NO
2	RUTH	0	NO
3	GLORIA	4	PARCIALMENTE
4	CARMEN	2	NO
5	JAIME ENRIQUE	1	NO
6	DOLORES	3	NO
7	LUIS E.	2	NO
8	LUIS F.	1	NO
9	LUIS L.	2	NO
10	JOSÉ MAL.	0	NO
11	JOSÉ MAR.	2	NO
12	CLARA	6	SI
13	ANA MARÍA	1	NO
14	HERMAN	1	NO
15	MARÍA ETELVINA	1	NO
16	AMADA	0	NO
17	LINO	0	NO
18	MANUEL	2	NO

Fuente: Observación de campo, 13 de julio de 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

Tabla 16. Observación directa indicadores unificados, agosto

Nro.	NOMBRE	No. IND. + /8	Proceso de duelo evidente para profesionales
1	GUILLERMO	2	NO
2	RUTH	1	NO
3	GLORIA	4	PARCIALMENTE
4	CARMEN	1	NO
5	JAIME ENRIQUE	0	NO
6	DOLORES	3	NO
7	LUIS E.	3	NO
8	LUIS F.	1	NO
9	LUIS L.	1	NO

10	JOSÉ MAL.	1	NO
11	JOSÉ MAR.	4	PARCIALMENTE
12	CLARA	4	PARCIALMENTE
13	ANA MARÍA	2	NO
14	HERMAN	1	NO
15	MARÍA ETELVINA	3	NO
16	AMADA	0	NO
17	LINO	0	NO
18	USHIÑA MANUEL	2	NO

Fuente: Observación de campo, 9 de agosto de 2013

Elaborado por: Estefanía Ruano H.

Primera observación: solamente una persona presenta un proceso de duelo evidente de acuerdo a los indicadores tomados en consideración, esto representa un 5,5% de la población total, otro 5,5% de la población (1 persona), presenta un número de indicadores intermedio, lo cual podría denotar un estado anímico negativo transitorio causado por situaciones concretas. El 88,8% de la población de acuerdo a esta observación no atraviesa procesos de duelo.

Segunda observación: ninguna persona evidencia un proceso de duelo, el 16,6% de la población presenta una puntuación intermedia, es decir manifiestan 4 de las 8 conductas que son indicadores de duelo, esto podría dar cuenta de un posible proceso de duelo o estados anímicos momentáneos inducidos por situaciones concretas.

De acuerdo al análisis realizado se concluye que, no existe mayor variación de las conductas de los sujetos de investigación en el espacio de tiempo entre las fechas de observación. A través de la observación directa se encontró más conductas en los sujetos que son indicadores de duelo en relación a la encuesta, esto podría estar dando cuenta de un proceso de naturalización de los profesionales frente a manifestaciones que no solo están relacionadas al duelo sino a cualquier situación que esté causando malestar o aflicción en el adulto mayor.

Como elemento externo de observación se pudo notar conductas en algunos de los participantes que el personal de la institución no señala. Tras la comparación de los resultados de las observaciones se concluyó que la similitud de las puntuaciones en los indicadores revelan que la población en general mantiene hábitos y conductas constantes, lo cual da cuenta de un buen grado de estabilidad en los sujetos, se aprecia también que los adultos mayores están adaptados a la institución, participan de las actividades que se organizan dentro de la misma, son independientes.

Hay cierta incidencia de labilidad afectiva y cambios de humor dentro de los parámetros normales, no manifiestan conductas patológicas, la mayoría tiene buenas relaciones con sus compañeros y el personal, el apetito y el sueño son adecuados y no presentan conductas agresivas, esto se debe principalmente a una atención integral y cercana por parte del personal de cuidado y profesional, existe un interés genuino por cada uno de los ancianos. Conocen bien a cada uno de los asilados, identifican sus necesidades físicas y afectivas, brindando una atención oportuna, los adultos mayores mantienen una relación de confianza con todo el personal, existe un ambiente de familiaridad entre los mismos, se pudo notar que las relaciones de los internos con el personal es incluso mejor que con sus compañeros. Las mujeres participan de las actividades que se organizan en la institución más que los varones, quienes denotan cierta apatía en ocasiones, especialmente cuando las tareas son comúnmente asociadas a la mujer como en el caso de las manualidades.

De acuerdo a Berger en “Psicología del desarrollo” (2009) Las mujeres tienen un rol de mayor actividad que los hombres dentro del hogar, esto se debe a las diferencias de género marcadas por la cultura, las mujeres tienden a ser quienes cuidan a todos los miembros de la familia, por lo tanto tienen menos probabilidades de estar solas y deprimidas. El machismo asocia a la imagen del hombre cualidades como el ser autosuficiente, poco sensible, y dominante. Es por eso que cuando los padres envejecen los hijos protegen más a sus mamás que a sus papás. En este sentido el género es más problemático para los hombres que para las mujeres. (Berger, 2009, p.246).

Los hombres no se sienten cómodos realizando actividades asociadas al rol femenino, debido a paradigmas sociales y culturales arraigados como el machismo, además

encuentran molesto ser dirigidos y requerir de asistencia, ya que ven que amenazada su autonomía y podrían sentirse derrotados.

Un estudio longitudinal de personas entre los 77 y 98 años realizado en Suecia encontró que la calidad de vida estaba directamente relacionada con la cantidad de actividades de esparcimiento. (Feldman, 2007, p.244).

Ésta es una de las razones que puede dar cuenta del porqué el área de varones es más conflictiva que el área de mujeres. La inactividad produce malestar, y esta insatisfacción crea un ambiente negativo dentro del grupo. Es por eso que el personal de cuidado está siempre alerta en el caso de que se presenten situaciones contingentes, así evitan y controlan conflictos entre los adultos mayores, que se dan principalmente por la heterogeneidad de los internos, como se menciona en las características de la población.

El área de varones no cuenta con una separación física para aquellos asilados que padecen enfermedad mental, lo cual resulta incómodo para las demás personas, ya que tienen que tolerar conductas bizarras. Los conflictos en el área de mujeres son provocados por críticas y comentarios negativos entre compañeras, sin embargo las internas se mantienen mucho más activas que los varones.

La institución es bastante organizada en cuanto a horarios de alimentación, horarios de descanso y atención médica, los internos siguen estas rutinas diariamente sin objeciones ni mayor problema, se lleva un control médico de cada adulto mayor, las visitas de familiares se realizan todos los jueves y fines de semana, son muy pocos los que reciben la visita de sus seres queridos, muchos de ellos ya no tienen una red social o familiar, la institución recibe diariamente la visita de diferentes grupos y personas particulares que acuden al asilo para realizar acción social o dar un acompañamiento a los internos, lo cual tiene un impacto positivo para ellos pues encuentran espacios de escucha y acogida.

Tabla 17. Cuadro de cruce, presencia de indicadores de duelo según Encuesta y Observación

Nro.	Nombre	Presencia de Indicadores de duelo/Encuesta	Presencia de Indicadores de duelo/ Observación 1	Presencia de Indicadores de duelo/ Observación 2
1	GUILLERMO	2	3	2
2	RUTH	0	0	1
3	GLORIA	0	4	4
4	CARMEN	0	2	1
5	JAIME ENRIQUE	0	1	0
6	DOLORES	0	3	3
7	LUIS E.	0	2	3
8	LUIS F.	0	1	1
9	LUIS L.	2	2	1
10	JOSÉ MAL.	1	0	1
11	JOSÉ MAR.	1	2	4
12	CLARA	3	6	4
13	ANA MARÍA	0	1	2
14	HERMAN	1	1	1
15	MARÍA ETELVINA	0	1	3
16	AMADA	0	0	0
17	LINO	0	0	0
18	USHIÑA MANUEL	0	2	2

Fuente: Encuesta personal profesional y personal de cuidado del Hogar de ancianos "Corazón de María". Julio 2013.

Observación de campo, julio-agosto 2013.

Elaborado por: Estefanía Ruano H

Entrevista

La entrevista tiene como objetivo un conocimiento profundo de la situación del sujeto desde su propia perspectiva, se aplicó una entrevista individual abierta ya que ésta posibilita una investigación más amplia del entrevistado. Se establecieron 21 preguntas directrices, permitiéndose la flexibilidad necesaria en cada caso particular, previo a la entrevista se estableció un buen rapport con cada uno de los entrevistados, para quienes la figura del entrevistador no era desconocida. Las preguntas que se realizaron en la entrevista indagaron sobre la presencia o ausencia de los indicadores de la variable dependiente, con mayor detalle, además se pudo conocer más información sobre su vida familiar, antes y durante su permanencia en el asilo, cómo fue el proceso de adaptación en la institución, sus relaciones con compañeros y el personal, en algunos casos la entrevista fue un espacio de catarsis, hablaron sobre sus sentimientos y emociones. Esta herramienta fue de gran utilidad para corroborar la información obtenida con la encuesta y la observación y determinar si alguno de los sujetos de estudio atraviesa o no un proceso de duelo.

A continuación se realiza un análisis de cada uno de los sujetos de investigación, en donde se recoge la información de las tres fuentes de investigación.-

- **Guillermo.-**

Guillermo, entró a la institución hace un año, su ingreso fue voluntario, es soltero, vivía solo y no tiene familiares. Los profesionales refieren que Guillermo es un hombre agresivo y muy conflictivo, sin embargo evidencia una mejoría en los últimos meses. No accedió a la entrevista. Se muestra resistente en todas las ocasiones que se pide su colaboración, cuando se le solicitó contestar algunas preguntas, dijo con ironía y tono burlesco no ser Guillermo; su carácter es fuerte y dominante. El grupo de compañeros que suele compartir con él algunas actividades, como la lectura del diario o el juego de cartas, lo miran con temor y no se atreven a contradecirlo. A través de la observación se pudo notar que Guillermo es un hombre agresivo. Evade a la gente que visita el asilo, no le gusta responder preguntas, es displicente, no colabora con los profesionales, y no participa de las actividades que se organizan en la institución. Además de las dificultades para el contacto social, no se observan otros indicadores de duelo.

- Ruth.-

Ingresó hace 6 meses a la institución, llegó al Hogar por su propia cuenta, no tiene familiares, es soltera. De acuerdo a la encuesta realizada a los profesionales y personal de cuidado de la institución así como la observación científica, la señora Ruth no atraviesa un proceso de duelo, datos que se corroboran con la entrevista realizada a la paciente en la cual refiere estar atravesando un proceso de adaptación a la institución. Antes de ingresar al asilo vivía sola, dice no sentirse triste en su nuevo hogar, pero hay aspectos como la pérdida de independencia y monotonía por el encierro a los que todavía se está acostumbrando; se define como una persona tranquila, independiente, mantiene buenas relaciones con el personal y con sus compañeras, aunque prefiere no establecer vínculos cercanos con ellas, tiene buen apetito y duerme bien. Le gusta participar de las actividades que se realizan en el Hogar pero principalmente hace tejidos. El resultado global de todas las herramientas aplicadas revelan que la señora Ruth, se encuentra estable emocionalmente, no tiene dificultad en el contacto social y no manifiesta conductas agresivas.

- Gloria.-

De acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada al personal profesional y de cuidado del Hogar, la señora Gloria no evidencia un proceso de duelo, sin embargo las observaciones y la entrevista realizada denotan presencia de algunos indicadores de duelo. Ingresó al asilo cuando su compañera de vivienda falleció, es soltera, no tiene hijos, no quería vivir sola y tomó la decisión de buscar una institución de cuidado, Gloria es una mujer independiente, realiza todas sus actividades por sí misma, le gusta lavar su ropa, no requiere la ayuda del personal. Refiere no haber tenido una buena relación con su familia y actualmente no tiene contacto con ninguno de ellos, menciona haber guardado resentimientos hacia familiares en algún momento, y esto la hace sentirse triste en ocasiones; hay presencia de llanto cuando se habla de su situación familiar, y resistencia alrededor del tema. Se aprecia que la señora Gloria tiene situaciones no elaboradas respecto a la relación con su familia, no evidencia manifestaciones intensas de duelo, ya que al parecer son pérdidas pasadas jamás tramitadas. En este caso parecería ser que existe una fijación en la fase de “depresión” del proceso de elaboración del duelo. La labilidad emocional se presenta específicamente cuando se trata el tema de la familia, el apetito y las horas de sueño no son adecuadas, por otro lado su adaptación al asilo es positiva, lleva 6 meses en la institución y mantiene

buenas relaciones con sus compañeras, ayuda al personal con algunas tareas para distraerse y percibe al asilo como un lugar de verdadera acogida.

- Carmen.-

Ingresa hace dos años a la institución, es soltera, no tiene hijos, vivía sola y decide buscar un hogar de ancianos porque presentaba afecciones leves de salud continuamente, no tiene contacto con ningún familiar, dice haberse adaptado rápidamente al hogar porque tenía esa determinación, además aquí recibe atención y tiene gente con quien compartir; dice que el personal de cuidado es como su familia, no se siente triste porque siempre vivió sola, lo único a lo que todavía no se acostumbra es el cumplimiento de horarios en las comidas, cuando vivía sola manejaba sus propios tiempos y decidía lo que comía, sin embargo entiende que es necesario que dentro de una institución hayan reglas y control.

Para la señora Carmen, quien ha vivido sola durante varios años, la institución representa un verdadero medio familiar, contar con cuidados especializados y compañía, le dan la certidumbre de que ante cualquier necesidad siempre será atendida, sus afecciones de salud disminuyeron desde la entrada a la institución, no se evidencia un proceso de duelo, para Carmen el ingreso a un asilo ha sido positivo para su salud mental y física.

- Jaime Enrique.-

El señor Jaime Enrique, es viudo, tiene hijos, ingresó al asilo hace seis meses tras la muerte de su esposa. Sus hijos tomaron la decisión de internarlo, ya que ellos no podían darle atención por motivos de tiempo, el señor Jaime Enrique dice no haberse opuesto a esta decisión, no mostró resistencia para ingresar, pero hubiese preferido quedarse en su casa, para poder ver a sus hijos y nietos con más frecuencia. Por un lado le duele haber sido dejado en esta institución por sus hijos, pero por otro lado entiende que su intención es que él esté mejor cuidado. De acuerdo a la observación y a la encuesta realizada a los profesionales no presenta indicadores de un proceso de duelo, sin embargo en la entrevista se pudo notar que el señor está atravesando un duelo por la pérdida de su cónyuge. Esta discrepancia se explica ya que el adulto mayor es bastante independiente, colaborador, participativo y no manifiesta exigencias al personal, no expresa sus sentimientos sino después de establecer una relación de confianza, es reservado en sus emociones, pone mucho empeño en adaptarse, es disciplinado y activo, por cuanto no es evidente que vive un duelo. Dice sentirse triste al encontrarse sin su familia, en ocasiones tiene ganas de llorar

y lo ha hecho, recibe la visita de sus hijos, pero le es difícil estar lejos de ellos, al principio le costó mucho adaptarse a la institución pero ahora está más acostumbrado. El señor Jaime Enrique vive un duelo por la pérdida de su cónyuge y un proceso de adaptación a sus nuevas condiciones de vida. Haber ingresado a una institución en el momento en que se quedó solo no ha sido negativo para él, se puede notar que el estar acompañado le brinda calma y seguridad, le gusta conversar, y participa de todas las actividades para no sentirse sólo, las manifestaciones de su duelo no son intensas y se viven de una manera bastante personal.

- Dolores.-

La señora Dolores, es viuda, no tiene hijos y fue traída al Hogar desde la provincia del Chimborazo por un familiar que vio necesario que la señora reciba mayor atención por su edad avanzada. Dolores estuvo de acuerdo con esta decisión ya que su casa estaba ubicada en un lugar muy lejano a la comunidad y cada vez le resultaba más difícil salir a la iglesia o a realizar cualquier gestión que necesitaba. No evidencia un proceso de duelo de acuerdo a la observación y a la encuesta del personal, esto se corrobora con la entrevista, Dolores vivía sola antes de su ingreso al asilo en un cantón rural de difícil acceso, se siente cómoda en el hogar, le gusta vivir aquí porque la atención es buena, puede ir a misa todos los días, y tiene buenas relaciones con el personal, prefiere estar alejada de sus compañeras porque son conflictivas, no se siente triste ni tiene ganas de llorar en ningún momento, lo único que le preocupa es enfermarse, su apetito y horas de sueño son adecuadas, para Dolores el asilo es un hogar de acogida, sus condiciones de vida anteriores eran difíciles, la vida en el campo era muy dura por su edad avanzada, se siente tranquila y segura.

- Luis E.-

El Señor Luis E. vive hace nueve años en el asilo, está divorciado y tiene tres hijas. Sus hijas tomaron la decisión de que ingrese a este Hogar, aún cuando no era la voluntad de su padre. Luis al verse solo no tuvo otra opción que aceptar entrar al asilo. A pesar del tiempo que lleva en la institución dice no sentirse acostumbrado, participa de las actividades que se realizan diariamente, es muy colaborador con todo el personal, pero no entabla relaciones amistosas con ninguno de sus compañeros, se mantiene apartado; entre los sujetos de estudio es quizás la persona con menor deterioro cognitivo y físico, es bastante lúcido, su

conversación es fluida, es totalmente independiente, por todo lo cual el vivir institucionalizado le causa mucho malestar, se siente capaz de vivir solo e independiente, con libertad, tiene contacto con sus hijas aunque no es constante, dice sentirse triste en ocasiones, se evidencia una percepción de abandono por parte de su familia. Luis no ha elaborado su condición de vida como sujeto institucionalizado, la privación de libertad, la pérdida del vínculo con sus hijas y la pérdida de independencia son aspectos a los que todavía trata de dar un sentido, sin haber logrado una adaptación genuina a su situación de vida actual.

- Luis F.-

El señor Luis F., es viudo, tiene 4 hijas y fue llevado al asilo por un familiar que al verlo solo le sugirió su entrada, sus hijas estuvieron de acuerdo y él aceptó ingresar al Hogar. Desde que ingresó al asilo ha perdido totalmente la comunicación con sus hijas, todas viven fuera del país, su adaptación a la institución no fue fácil, su esposa falleció fuera del país cuando él ya se encontraba asilado, tras esta noticia vivió momentos de profunda tristeza y desesperación, en varias ocasiones pensó en escaparse, e incluso suicidarse, tenía muchos planes e ideas autodestructivas que no llegó a concretar, no podía dormir, tenía una intranquilidad permanente, su fe en Dios lo ayudó a superar la angustia y aceptar que ya no puede estar cerca de su familia, porque todas sus hijas hicieron su vida fuera. Hoy se siente tranquilo y reconoce que vivir dentro de la institución es mucho más seguro para él, ya que afuera no tiene ningún familiar o alguna persona que lo pueda ayudar dado el caso de necesitarlo. Luis vivió un proceso de duelo con manifestaciones agudas por la falta de un medio familiar que acompañe su elaboración, se apoyó en su fé para aceptar su nueva situación, actualmente se encuentra estable, ha concluido su proceso de duelo y evalúa como positivo vivir dentro del Hogar.

- Luis L.-

El señor Luis L. está separado, tiene tres hijos con quienes mantiene contacto telefónico, presenta buen estado físico, es independiente, y refiere sentirse bien en la institución. Ingreso a la institución por petición de sus hijos, al principio tuvo cierta resistencia con esta idea, pero más adelante vio que en este lugar podía estar tranquilo y bien atendido. Lo único que no le gusta es no poder trabajar ya que siempre tuvo su propio dinero, no se ha sentido triste ni ha tenido ganas de llorar, dice mantener buenas relaciones con sus compañeros y el

personal. Luis no atraviesa un proceso de duelo, sin embargo mantiene un discurso negativo y repetitivo en relación a ciertos temas como la realidad nacional, se puede notar también cierta irritabilidad cuando habla de los extranjeros, no es tolerante con sus compañeros de otras nacionalidades, y manifiesta ciertos rasgos agresivos de personalidad; en base a todo esto se concluye que el paciente presenta un deterioro de conducta moderado, criterio que se corrobora con el reporte psicológico de la historia clínica del paciente.

- José Mal.-

El señor José Mal. es viudo y tiene un hijo. Vivía solo antes de su ingreso al asilo. Su hijo y su nuera decidieron que estaría mejor atendido en una institución. Él no quería entrar a un asilo, pero lo hizo cumpliendo la voluntad de su hijo, todavía no se acostumbra al hecho de no poder salir, se siente preso, extraña mucho poder ver a su hijo y la vida familiar, quiere tener una persona con quien compartir, le gustaría encontrar una compañera, se siente triste cuando recuerda a su familia, se queja de no estar bien atendido por el personal, tiene pocos amigos, no se lleva con todos porque son conflictivos. Es independiente, activo, le gusta caminar, se preocupa por su presentación personal, su sueño y apetito son adecuados. El señor José Mal., no atraviesa un proceso de duelo, sin embargo se siente sólo, esta demanda afectiva se manifiesta en las quejas constantes sobre la falta de cuidado del personal hacía él, al haber estado casado durante varios años, le hace falta contar con esta compañía que no ha podido reemplazar.

- José Mar.-

El señor José Mar. es viudo y tiene dos hijos, ingresó hace cuatro meses a la institución, por decisión de sus hijos. José dice entender que el ritmo de vida actual, el trabajo, la familia y las otras obligaciones hacen que sus hijos no puedan encargarse de él, sin embargo el llanto que se presenta cuando habla de esto denota que guarda un resentimiento hacia ellos, por haberlo dejado ahí. La encuesta hecha a los profesionales no revela un proceso de duelo, no así la observación en la que se encontraron algunos indicadores. La entrevista permitió un conocimiento más profundo del sujeto y un mejor entendimiento de su situación y la discrepancia entre los resultados de estas dos técnicas de investigación. Tras conversar con él se determina que está atravesando un proceso de duelo por la pérdida del vínculo familiar con sus hijos, y todos los aspectos de su vida anterior al ingreso a la institución; además no ha elaborado la pérdida por la muerte de su esposa, hecho que sucedió cinco

años atrás pero que vive con un dolor intenso todavía. Todas estas pérdidas hacen que el proceso de elaboración del duelo sea complejo, durante la entrevista se puede notar labilidad afectiva, deseos de llorar, y resentimiento hacia sus hijos por haberlo ingresado a la institución. Luis se ve claramente deprimido, demanda mucha atención del personal de cuidado, y en toda oportunidad habla de la pérdida de su esposa.

- Clara.-

La señora Clara es soltera, no tiene hijos y lleva casi nueve años en la institución, era empleada doméstica y no tiene contacto con ningún familiar. Fue llevada al asilo por una persona de la familia para la que trabajaba, cuando ingresó se sintió muy tranquila pues iba a vivir en un lugar acogedor, mantiene buenas relaciones con todo el personal, no así con sus compañeras con quienes tiene conflictos, dice sentirse triste en ocasiones por encontrarse sola, no tiene una persona con quien compartir sus momentos de amargura. La señora Clara es bastante demandante con el personal de cuidado, no solo en los que se refiere a atención sino principalmente en afecto, busca alguien que la escuche y esté junto a ella. Hace lo mismo con las personas que visitan la institución, siempre está captando la atención de los demás, sus estados de ánimo son bastante cambiantes, pasa del llanto a la euforia con bastante facilidad, su necesidad afectiva es evidente, no tiene buen apetito y no duerme las horas suficientes. Clara no atraviesa un proceso de adaptación pues vive en el asilo hace muchos años, no perdió un medio familiar porque nunca se casó ni tuvo hijos, en este sentido los indicadores de conducta que ella manifiesta están relacionados a una necesidad afectiva intensa, el reporte psicológico de la historia clínica refiere que la paciente presenta delirios visuales, lo que podría indicar una disposición patológica.

- Ana María.-

La señora Ana María es soltera, no tiene hijos y presenta un deterioro cognitivo notable, recuerda muy pocas cosas de su vida pasada, ha perdido progresivamente la memoria. No se pudo obtener mayor información sobre su ingreso a la institución. En la entrevista refiere sentirse a gusto en el hogar, tener buenas relaciones con sus compañeras y el personal, asiste a las terapias diariamente, es muy colaboradora, físicamente se encuentra activa, no presenta mayor malestar y su estado anímico es estable. No evidencia un proceso de duelo.

- Herman.-

El señor Herman, es soltero, no tiene hijos, recibe visitas constantes de sus hermanos, quienes tomaron la decisión de ingresarlo al asilo ocho años atrás. Él se sintió tranquilo con esta decisión, porque para ese entonces sus padres que eran las personas con las que vivía, habían muerto y él se encontraba sólo. Cuando era pequeño se contagió de poliomielitis, y a consecuencia de esto tiene una atrofia leve en manos y pies. Dice sentirse contento en la institución, es muy alegre, nunca ha tenido ganas de llorar ni se siente triste, el señor Herman tiene una conducta regresiva, tiene la personalidad de un niño de 10 años, posiblemente la razón de esto es que debido a su enfermedad siempre fue sobreprotegido por sus padres y hermanos. Es cándido, inocente, muy querido por todo el personal, es participativo, pide le asignen tareas diarias para escribir en su libreta, se mantiene apartado de sus compañeros porque cree que son violentos, es bastante dependiente del personal de cuidado, pide le ayuden con el baño, con la comida, el vestido etc. No evidencia un proceso de duelo.

- María Etelvina.-

La señora Etelvina es soltera, no tiene hijos, ingresó hace 12 años a la institución de forma voluntaria, vivía con una señora que la cuidó hasta que falleció y se quedó sola. Dice sentirse muy a gusto en el Hogar, vive feliz y tranquila, no extraña nada de afuera, aquí recibe atención y buena comida, no tiene mucho apetito, su relación con las compañeras es buena, aunque a veces se dan rencillas entre ellas, no les gusta compartir y son conflictivas. Lloro solamente cuando recuerda a la familia, no participa mucho de las terapias, prefiere tejer, es independiente, se viste sola, lava su ropa y realiza todas las actividades diarias por sí misma. No evidencia un proceso de duelo, siente a la institución como un verdadero hogar.

- Amada.-

La señora Amada es viuda, madre de seis hijos de los cuales cinco están vivos, ingresó voluntariamente hace 8 años a la institución y es la presidenta del comité de ayuda a los compañeros dentro del hogar, tiene cualidades de liderazgo, motiva a sus compañeras a participar de las terapias y actividades, es muy colaboradora con el personal. Decide ingresar al asilo porque no quería dar molestias a sus hijos, mantiene contacto con ellos y recibe sus visitas. Cuando era pequeña sintió la vocación religiosa y está gozosa de

vivir con una comunidad de hermanas, es como un sueño realizado, dice que desde el día de su ingreso es feliz, nunca se ha sentido triste, ni tiene ganas de llorar, se siente útil, colaboró durante un año en el área de enfermería de varones y aporta en lo que puede con sus compañeras. Le gusta tejer, bailar y conversar con la gente que visita el asilo. Amada no evidencia un proceso de duelo.

- Lino.-

El señor Lino es soltero y no tiene hijos, ingresó hace 6 meses a la institución, antes vivía en otro hogar de ancianos, decidió cambiarse porque no le gustaba el ambiente de este otro lugar, aquí se siente adaptado, aunque siempre le hace falta la libertad. Él tomó la decisión de entrar a una casa de cuidados porque recibe todos los servicios que necesita, sería mucho más difícil para él vivir solo y tener que atenderse a sí mismo, es por eso que a pesar de que es independiente buscó un hogar para estar mejor asistido, es muy colaborador, tiene muy buena disposición durante la entrevista y en general es amable con todos quienes lo rodean, le gusta hacer terapia física, se mantiene activo, es uno de los pocos hombres que participa de las actividades manuales como el dibujo, la pintura, etc. Se siente triste cuando piensa en las cosas que no tiene y en su compañera de vida con quien nunca se casó, ella falleció hace algún tiempo y él se quedó sólo. Lino no atraviesa un proceso de duelo por abandono, ya vivió en otra institución por lo que su proceso de adaptación ha sido bastante bueno.

- Manuel.-

El señor Manuel es viudo y tiene un hijo, ingresó al asilo hace aproximadamente dos años, el ingeniero con el que trabajaba lo llevó a la institución porque vió que no estaba siendo bien cuidado en la casa de su hijo, que era con quien vivía, extraña a sus nietas, pues se criaron con él, no se acostumbra a no trabajar y no poder salir, no cree que el asilo sea como su casa, ya que aquí no tiene las libertades que tenía afuera, todo esto lo hace sentir triste y molesto en ocasiones. Padece de insomnio desde que entró a la institución, toma pastillas para dormir, no come mucho porque presenta problemas digestivos, tiene buena relación con sus compañeros y le gusta la atención que recibe por parte del personal de cuidado. No participa de las actividades que se realizan diariamente en la institución, pero es quien se encarga de la jardinería del hogar, disfruta mucho de esta actividad y le ayuda a

distraerse durante el día. Manuel presenta algunos indicadores de duelo, extraña mucho la vida familiar y el trabajo, de acuerdo a todo lo observado el señor Manuel está atravesando un proceso de duelo por la jubilación y la pérdida del vínculo familiar.

CONCLUSIONES

Una vez finalizado este trabajo investigativo a continuación se presentan las conclusiones y recomendaciones obtenidas a lo largo del desarrollo de este estudio.

- El duelo es la reacción frente a la pérdida real o simbólica de algo que guarda un significado emocional para el sujeto, las pérdidas pueden ser de naturaleza tan diversa como los sujetos que las atraviesan. La intensidad y la particularidad de las mismas dependerán de las características del vínculo con el objeto. El proceso que se inicia tras este acontecimiento es de gran trascendencia para la vida anímica de los sujetos, pues supone una readaptación al mundo, la elaboración del duelo consiste en retirar la investidura libidinal del objeto, reposicionarlo dentro de la psique, para finalmente poder establecer nuevos vínculos. Este trabajo que se realiza a lo largo de cierto tiempo implica un gasto importante de energía psíquica. El proceso de duelo ha sido presentado como una sucesión de etapas que se caracterizan por ciertas manifestaciones emocionales y conductuales del sujeto, normales y esperadas, estos diferentes momentos están acompañados de reacciones que van ayudando al sujeto a entender y aceptar su nueva realidad. La adultez tardía es una etapa marcada por la pérdida, la jubilación, la muerte de seres queridos, la pérdida de capacidades físicas y cognitivas, son solo algunas circunstancias que caracterizan a esta fase. Para el adulto mayor asilado, el abandono familiar es una pérdida que se suma a las muchas otras que vive, sin embargo los resultados de esta investigación demuestran que es importante establecer la siguiente diferencia: el abandono familiar en la mayoría de casos es una condición previa a la institucionalización, por lo que ésta no constituye en sí una pérdida. Para quienes ingresaron voluntariamente al establecimiento de cuidado en donde se desarrolló el estudio, la institucionalización aparece como un medio sustitutivo del hogar, que además favorece a la elaboración de otras pérdidas, gracias a la función de sostén que cumple el personal profesional y de cuidado. Durante un proceso de elaboración de duelo, la red social y familiar es un favor paliativo para el dolor, experimentar las pérdidas diarias que suceden en la adultez tardía, es más complejo para alguien que viva solo que para una persona que esté inserta en un medio de inclusión.

- La adultez tardía, como todas las fases del desarrollo, tiene una serie de características que determinan algunos aspectos de la vida de los sujetos, el adulto mayor evidencia cambios físicos tanto externos como internos, que tienen repercusiones en su estilo de vida, condiciones de salud, actividades etc., Las funciones y capacidades del adulto mayor disminuyen, la principal consecuencia de ello es la pérdida paulatina de independencia, existen además acontecimientos socio-económicos, que tienen implicaciones importantes dentro de la vida anímica del adulto mayor; la jubilación por un lado permite a las personas cumplir con planes que no se pudieron realizar por falta de tiempo, dedicarse a actividades de interés personal etc., pero por otro ubican al sujeto en una posición pasiva y muchas veces marginada. Frente a todo esto es necesario que el adulto mayor a pesar de todos los cambios experimentados, conserve su identidad y la adapte a las nuevas circunstancias que vive. La identidad del adulto mayor se sostiene alrededor de varios elementos, los espacios y las cosas son parte de la misma, porque guardan recuerdos, vivencias e historia. En este sentido cuando el adulto mayor deja su hogar, su identidad entra en un momento de crisis ante la pérdida de su ambiente conocido, el control de sus rutinas, la decisión sobre algunos de sus actos, etc., por lo que dado un proceso de institucionalización es necesario trabajar en una reafirmación de la identidad personal del adulto mayor.
- De acuerdo a los resultados del trabajo investigativo, se puede ver que la interacción y el compromiso de la familia se da principalmente cuando hay una relación directa, es decir entre los adultos mayores y sus hijos. La mayoría de adultos mayores asilados son de estado civil viudos y solteros, esto da cuenta de que una de las principales razones de ingreso a una institución, es la falta de una persona que asuma su cuidado dentro del medio familiar. El ingreso de los adultos mayores solteros a la institución fue voluntario en todos los casos, la mayoría se encuentra en buenas condiciones de salud física y mental, son independientes y activos, en este sentido se puede suponer que aquellos que cuentan con un ingreso económico podrían vivir fuera de la institución sin mayor problema si reciben algo de apoyo. La familia es una unidad de soporte, el ser humano es un ser gregario con una tendencia innata de asociación, de acuerdo a esto se puede decir entonces que en el caso de este segmento de la población, la principal razón para su ingreso al

establecimiento no es la búsqueda de cuidados especiales, sino un hogar que provea sus necesidades de afecto y protección. En el caso de los adultos mayores que han ingresado al establecimiento para no vivir solos y están atravesando un proceso de duelo la institucionalización puede tener un efecto positivo sobre el mismo, funcionando como un elemento de soporte emocional. El personal profesional y de cuidado constituye para ellos la red social necesaria para acompañar este proceso, hay que recordar que la elaboración del duelo se desarrolla en un medio social. Toda la población de estudio ha atravesado por varios duelos, es imposible que no aparezca algo de desesperación en el sujeto ante una realidad que se impone con hechos dolorosos, y aún más cuando existe una situación de abandono en la mayoría de ellos. Sin embargo se aprecia que la mayoría de estos duelos han sido procesados y los adultos mayores han podido alcanzar esa “integridad frente a la desesperación” de la que nos habla Erick Erikson en las etapas del desarrollo psicosocial del sujeto. Los adultos mayores evalúan como positivo estar dentro de un establecimiento en donde reciben atención, el aspecto negativo que se menciona de forma generalizada es la situación de encierro y la falta de control sobre sus hábitos y actividades diarias. La adultez tardía viene acompañada de una crisis de la identidad, cuando el adulto mayor se pregunta ¿Quién soy yo?, la respuesta es la historia de su vida pasada, el adulto mayor se aferra no solo a los hechos vividos de relevancia sino también a los objetos materiales que lo han acompañado y han sido parte de sus diferentes momentos. El malestar en relación a la falta de autonomía se traduce como la sensación de pérdida de la identidad, en primera instancia por estar en un espacio físico ajeno, y por no tener la capacidad de decisión plena sobre todo lo que tiene que ver con él o ella.

Cabe mencionar que se observa mayor labilidad emocional en aquellos adultos mayores con menor tiempo de ingreso en la institución, el proceso de adaptación a la institución produce estados emocionales de vulnerabilidad. Los adultos mayores que vivían integrados a una familia y fueron institucionalizados, cuando aún mantienen todas sus capacidades físicas y mentales en buenas condiciones, son el segmento poblacional que más dificultad tiene para adaptarse al establecimiento y en quienes encontramos mayor cantidad de indicadores de duelo. Sería importante que las familias pudiesen retrasar el ingreso de los adultos mayores a una institución, a menor edad de ingreso el proceso de adaptación resulta más complejo ya que se

produce una mayor sensación de desarraigo y pérdida de la identidad. En relación a todo lo expresado, encontramos que los duelos por la pérdida del vínculo familiar que se han dado dentro de esta población se han elaborado o están siendo elaborados, la mayoría de adultos mayores han alcanzado una suerte de conformidad con su realidad, la institucionalización ha representado una vía de elaboración.

- El Hogar de ancianos “Corazón de María”, regentado por la congregación de las Hermanitas del anciano desamparado, es una institución religiosa, que tiene como misión el cuidado material y espiritual de los ancianos que viven en condiciones de pobreza, inicialmente esta institución recogía a los ancianos que vivían en las calles, más adelante abrieron sus puertas a los adultos mayores que eran traídos por sus familiares o llegaban por cuenta propia. Esta institución tiene un financiamiento mixto, el estado ecuatoriano entrega al Hogar recursos anualmente, y también reciben la ayuda económica de personas particulares. Se maneja un sistema de pensión diferenciada aquellos ancianos que no tienen ingresos ni familiares no pagan nada, mientras que los que reciben pensiones de jubilación y tienen familiares pagan un mensual de acuerdo a su situación económica. Las diferencias sociales entre los internos hace que el grupo sea muy heterogéneo, algunos de los asilados han sido recogidos de las calles, es decir son personas que han vivido procesos de callejización. La callejización trae consigo fenómenos negativos como adicciones, delincuencia entre otros. Ésta es una de las causas por las que hay situaciones conflictivas entre los internos. Los ancianos que provienen de hogares más estructurados y funcionales, tienen otras formas de comportamiento y costumbres. Estas diferencias generan reacciones de rechazo entre ellos, como por ejemplo: casos de racismo, xenofobia y violencia. Esta brecha social entre los internos no favorece en sus relaciones interpersonales, la mayoría de ellos prefiere no estrechar vínculos de amistad ni compañerismo.
- Los objetivos de esta investigación se cumplieron en cuanto se logró una construcción teórica que permitió un análisis cualitativo de los datos obtenidos en la población de estudio. Se pudo también hacer una diferenciación entre la institucionalización como causa del abandono familiar y como consecuencia del mismo. Al inicio de este trabajo la institucionalización se entendía como una causa de

abandono. Tras la obtención de los resultados de la investigación de campo se pudo ver que existían procesos de abandono y pérdida del vínculo anteriores a la institucionalización, por tanto la opción de ingresar a una institución de cuidados es la consecuencia de la falta de un cuidador dentro del entorno del adulto mayor, en otros casos en los cuales si existe un medio familiar cercano y el adulto mayor es ingresado a una institución, se puede ver que la familia no solo pierde la cercanía física con el anciano sino también se da una desvinculación afectiva hacia él mismo, las visitas van perdiendo continuidad, así como el interés por él familiar.

- La hipótesis planteada inicialmente no se comprobó, la mayoría de sujetos que formaron parte de la muestra, ven a la institución como un medio de protección y cuidados, y no como una forma de abandono familiar ya que antes de su ingreso vivían solos o no tenían a alguien que pueda asistirlos, los duelos que han vivido estos adultos mayores se han elaborado con normalidad, la cercanía con el personal de cuidado de la institución es un factor beneficioso para la tramitación de las circunstancias dolorosas propias de esta edad.

Recomendaciones

- Los adultos mayores mantienen una relación positiva con el personal, lo que da cuenta de un trabajo profesional y asertivo de este equipo multidisciplinario, sin embargo es importante se realice con ellos talleres o actividades de sensibilización hacia la condición del adulto mayor institucionalizado, ya que la convivencia diaria y la exposición prolongada a conductas como llanto, agresividad, cambios emocionales, entre otras, hacen que el personal se familiarice con ellas y las empiece a percibir como normales, restándoles la importancia y atención que se les debería brindar.
- En vista de que se pudo notar que los adultos mayores que presentan mayor labilidad emocional son aquellos que están atravesando un proceso de adaptación a la institución se sugiere realizar un seguimiento de estos casos, durante los seis primeros meses de ingreso.
- Existe un consenso en los adultos mayores respecto a que la falta de control y autonomía en sus actividades y hábitos diarios es el aspecto de mayor malestar sobre la institucionalización, para lo cual se recomienda la planificación de actividades en las que el adulto mayor deba tomar decisiones, liderar estrategias, etc. Además se debería incluir ejercicios mediante los cuales el adulto mayor pueda socializar aspectos de su historia de vida con sus compañeros y el personal, todo esto con la finalidad de que reafirme su autonomía por un lado y por otro, no tenga la sensación de pérdida de identidad.
- Se recomienda se continúe con la realización de actividades de desarrollo cognitivo y psicomotor, tomándose en cuenta las características de la población para la planificación de las mismas, es importante que se motive la participación de todos los adultos mayores.
- El pabellón de hombres no cuenta con infraestructura para ubicar a los pacientes con enfermedad mental en otra área, mientras se planifica la construcción de este nuevo espacio, es importante por lo pronto distribuir las habitaciones tomando en cuenta

que no sería conveniente ubicar a un adulto mayor con enfermedad mental con otro que no la tenga, para evitar conflictos.

- En la medida de las posibilidades de la institución, sería de gran beneficio para los adultos mayores realizar salidas mensuales fuera del establecimiento, estar en contacto con el medio es importante para que no se pierda la perspectiva de tiempo y espacio; ya que muchas veces a consecuencia de la monotonía que produce el encierro los adultos mayores no diferencian los momentos del día, es decir pierden la noción del tiempo, el contacto con otros ambientes además, les recuerda que son parte de una sociedad, de una ciudad, de un barrio y les devuelve el sentido de pertenencia a otras instancias.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aymar, A., De dominici, C., Torre, M., (2010) “Desmitificando a la vejez... hacia una libertad situada” (Primera Edición). Villa María: Eduvim Editores.
- Berger, K., (2009) “Psicología del desarrollo, adultez y vejez” (Séptima edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Bowlby, J. (1985). Trilogía “El apego y la pérdida” (Primera Edición), Buenos Aires: Editorial. Paidós.
- Craig, G., Baucum, D., (2001) “Desarrollo Psicológico”, (Octava Edición). México D.F: Pearson Educación de México, S.A de C.V.
- Domínguez, O., (1982) “La Vejez, Nueva Edad Social”, (Primera Edición). Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Feldman, R., (2007) “Desarrollo psicológico a través de la vida”, (Cuarta edición). México, D.F: Editorial Pearson Educación.
- Freud, S., (2000) “Duelo y melancolía” Volumen 14 en Obras Completas, (Primera Edición) Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S., (2000) Obras Completas, (Primera Edición). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- García, J., (2006) “Los derechos y los años”, (Primera Edición). Madrid: Editorial Plaza y Valdez S.A de C.V.
- Hidalgo, J., (2001) “El envejecimiento aspectos sociales”, (Primera Edición). San José de Costa Rica: Editorial de la universidad de Costa Rica.
- Jara, R., (1999) “Tercera Edad en la Familia Ecuatoriana”, Tesis de maestría no publicada, Universidad Politécnica Salesiana, Quito.
- Kubler-Ross, E., (1993) “Sobre la muerte y los moribundos”, (Cuarta Edición). Barcelona: Ediciones Grijalbo, S.A.
- Millan, M., (2002) “Psicología y familia” (Primera Edición). Madrid: Caritas Española Editores.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, Varios Autores, (2011) “Viviendo y apoyando el desarrollo de las personas adultas mayores”, Quito.
- Montoya, J., (2012) “Pérdida, aflicción y luto” (Primera Edición). México D.F: Editorial Trillas, S.A de C.V.

- Morrison, J., (2008). DSM-IV "Guía para el diagnóstico clínico". México D.F. Editorial El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., Camp, C., (2009). "Desarrollo del Adulto y Vejez" (Tercera edición). México, D.F: Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R, (2010) "Desarrollo Humano" (Undécima edición). México, D.F: Mc.Graw-Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V.
- Pérez, V., Rubio, R., Musito, G. (2008). "Mayores solidarios" (Primera edición). Madrid, Cáritas Española Editores.
- Rojas, S., (2008) "El manejo del duelo, una nueva propuesta para un nuevo comienzo", (Primera Edición). Bogotá: Editorial Norma.
- Salvador, M. (2009). "Familias y terapia familiar" (Segunda Edición). Barcelona: Editorial Gedisa, S.A.
- Schaie, K., Willis, S. (2003). "Psicología de la edad adulta y la vejez" (5ta edición), Madrid, Pearson , S.A.
- Soriano, A., (2002) "Educación y violencia familiar" (Primera Edición). Madrid: Editorial Dickinson S.L.
- Tovar, O., (2011) "Un duelo silente" (Primera Edición). México D.F: Editorial Trillas.
- Vallejo, M., (2009) "Constelaciones familiares" (Primera Edición). México D.F: Santillana Editores Generales, S.A de C.V.
- Worden, W., (1997) "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia" (Primera Edición). Buenos Aires: Editorial Paidós Ibérica S.A.

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DIRIGIDA AL PERSONAL PROFESIONAL Y PERSONAL DE CUIDADO DEL HOGAR DE ANCIANOS “CORAZÓN DE MARÍA”

Objetivo: Conocer las manifestaciones del duelo por abandono familiar en el adulto mayor que no presente enfermedad mental o deficiencias verbales y auditivas.

Población: Personal profesional y personal de cuidado del Hogar de Ancianos “Corazón de María”

Nombre del encuestado:.....

Cargo:.....

Nombre del paciente:

1.- Ha observado que el/la paciente presenta llanto frecuente, sin existir una causa específica?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

2.- De entre las siguientes opciones señale las posibles causas del llanto frecuente en el adulto mayor asilado.-

- a) Porque se siente solo
- b) Porque no está adaptado a la institución
- c) Presenta un cuadro depresivo
- d) Otras..... Especifique.-

3.- Ha notado cambios repentinos de humor en el adulto mayor?

- a) Si
- b) No

c) A veces

4.-Existen situaciones concretas que desencadenan estos cambios repentinos de humor, en el adulto mayor?

a) Si

b) No

En el caso de que la respuesta sea positiva, mencione cuáles son estas situaciones.-

5.-Dentro del hogar se realizan actividades recreativas, como terapia ocupacional, terapia de desarrollo cognitivo u otro tipo de actividades?

a) Si

b) No

6.- El adulto mayor se muestra participativo en las actividades que se realizan dentro del hogar?

a) Si

b) No

7.- A continuación se presenta una escala de 5 puntos, siendo 5 el puntaje más alto y 1 el más bajo, señale un número dentro de esta escala, de acuerdo al grado de dependencia que manifieste el adulto mayor, hacia el personal de cuidado y profesional de la institución.-

a) 1

b) 2

c) 3

d) 4

c) 5

8.- El paciente manifiesta sus necesidades al personal de cuidado, de forma reiterada?

a) Si

b) No

9.-Cuántas horas duerme aproximadamente el adulto mayor?

.....

10.- El adulto mayor ha presentado insomnio?

- a) Si
- b) No

11.-Ha observado que el adulto mayor no tiene apetito a la hora de las comidas?

- a) Si
- b) No

12.-El adulto mayor muestra conductas agresivas, hacia el personal de cuidado, profesional o compañeros?

- a) Si
- b) No

13.-El adulto mayor, se muestra reacio o apático en el contacto social con otras personas?

- a) Si
- b) No

ANEXO 2
GUÍA DE OBSERVACIÓN

LUGAR:		
FECHA:		
OBSERVADOR:		
NOMBRE DEL PACIENTE		
INDICADOR	SI	NO
Llanto frecuente.		
Labilidad emocional.		
Pérdida de interés por actividades diarias.		
Dependencia manifiesta en exigencias constantes.		
Pérdida del sueño.		
Pérdida del apetito.		
Agresividad		
Dificultad en el contacto social		

ANEXO 3
ENTREVISTA AL ADULTO MAYOR

- 1.- ¿Recuerda cuando ingreso al asilo Corazón de María?
- 2.- ¿Con quién vivía antes de su ingreso al Hogar Corazón de María?
- 3.- ¿Recuerda cómo fue su proceso de adaptación?
- 4.- ¿Cómo se siente en la institución?
- 5.- ¿Qué es lo que más extraña de la vida que llevaba antes del ingreso al asilo?
- 6.- ¿Cómo es la relación con sus compañeros?
- 7.- ¿Participa de las actividades que se realizan en el hogar, como la terapia ocupacional, o las actividades recreativas?
- 8.- ¿Hay ocasiones en las que ha tenido ganas de llorar?
- 9.- ¿Existen circunstancias que lo hagan sentir triste, y le provoquen llanto, podría mencionar cuando le ha sucedido esto?
- 10.- ¿A veces se enoja, o se siente disgustado?
- 11.- ¿Cuando se enoja, cuál o cuáles son las razones que lo hacen sentirse así?
- 12.- ¿Participa de las actividades que se realizan en la institución, cómo la terapia ocupacional, o terapias cognitivas?
- 13.- ¿Se preocupa por su presentación, cuida su vestido y aseo personal?
- 14.- ¿Necesita de la ayuda del personal frecuentemente?
- 15.- ¿Cuáles son las actividades que más le cuesta realizar solo?
- 16.- ¿Duerme bien en la noche?
- 17.- ¿Cuántas veces come al día?
- 18.- ¿Tiene buen apetito, come todos los alimentos, que preparan en las comidas?
- 19.- ¿Ha tenido problemas con sus compañeros, ha peleado alguna vez con alguno de ellos?
- 20.- ¿Sus compañeros, son amigables y le gusta compartir con ellos?
- 21.- ¿Cómo es su relación con el personal de cuidado y profesional de la institución?
- 22.- ¿Le gusta recibir la visita de las personas que vienen al asilo, pertenecientes a diferentes instituciones?
- 23.- ¿Qué es lo que más le gusta hacer durante el día?

ANEXO 4

HISTORIAS CLÍNICAS

Nombres: Guillermo Fecha de ingreso: 22 de diciembre de 2012 Sexo: masculino Estado Civil: soltero Fecha de nacimiento: 14 de enero de 1938	Edad: 75 Ocupación: Ninguna Procedencia: Macas Ingreso mensual: ninguno Familiares: No
<p>REPORTE DE ENFERMERÍA: Estable sin novedad.</p> <p>REPORTE DE GERIATRÍA: Refieren que el paciente es muy agresivo, intolerante, empujo a uno de sus compañeros y le causó una caída.</p> <p>REPORTE DE PSIQUIATRÍA: El paciente muestra una mejoría importante en cuanto a sus conductas agresivas, se encuentra tranquilo. Tiene buen sueño y buen apetito. En el último reporte con fecha de julio 2013, el paciente dice tener poco apetito, ya no presenta conductas agresivas.</p> <p>REPORTE DE NUTRICIÓN: Paciente tiene apetito regular, no presenta ninguna novedad digestiva, buen estado general. En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 24/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.</p> <p>REPORTE PSICOLÓGICO: Es una persona muy independiente, es agresivo y muy conflictivo..</p>	

Nombres: Ruth Fecha de ingreso: 26 de agosto de 2012 Sexo: femenino Estado Civil: soltera Fecha de nacimiento: 15 de septiembre de 1939	Edad: 74 Ocupación: ninguna Procedencia: Quito Ingreso mensual: ninguna Familiares: No
<p>REPORTE DE ENFERMERÍA: Paciente bien ubicada en tiempo y espacio, no puede controlar sus esfínteres, buen apetito, buena tolerancia a los medicamentos. Refiere que desde que llegó a la institución se siente mejor que en casa porque toma menos medicamentos que antes.</p> <p>REPORTE DE GERIATRÍA: Paciente que presenta incontinencia urinaria, infección de vías urinarias, hipoacusia auditiva.</p> <p>REPORTE DE PSIQUIATRÍA: No hay reporte psiquiátrico.</p> <p>REPORTE DE NEUROLOGÍA: No hay reporte neurológico.</p>	

Nombres: Gloria Fecha de ingreso: 8 de febrero del 2001 Sexo: femenino Estado Civil: soltera Fecha de nacimiento: 1936	Edad: 77 años Ocupación: ninguna Procedencia: Quito Ingreso mensual: Si Familiares: No
---	---

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 Paciente bien ubicada en tiempo y espacio, controla bien sus actividades, sus signos vitales son normales.

REPORTE DE GERIATRÍA:
 Paciente sufre de Dolores de huesos y hace pocos meses presento neumonía, afección por la cual perdió el apetito durante algún tiempo.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:
 No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Paciente Independiente, bien ubicada en tiempo y espacio, no requiere de la ayuda del personal para desarrollar ninguna de sus actividades. Tiene permiso para salir fuera de la institución para realizar gestiones personales como ir al banco etc.

Nombres: Carmen Fecha de ingreso: 16 de julio de 2011 Sexo: femenino Estado Civil: soltera Fecha de nacimiento: 11 de enero de 1931	Edad: 82 Ocupación: costurera Procedencia: Quito Ingreso mensual: ninguna Familiares: No
--	---

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 Paciente bien ubicada en tiempo y espacio, consulta al médico por dolores en la espalda.

REPORTE DE GERIATRÍA:
 Presenta problemas digestivos. Se recomienda dieta hiposódica y consumo de líquidos. Alimentación y sueño adecuados.
 Tabaquismo.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:
 No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE DE NEUROLOGÍA:
 No hay reporte neurológico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:
 En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 27/30, puntaje que indica Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Paciente tranquila, tiene buenas relaciones con sus compañeras, es participativa, recientemente sufrió de una gripe y a raíz de esto estuvo muy deprimida y falta de energía, esto fue un estado pasajero pues una vez que las molestias pasaron se sintió mejor anímicamente.

Nombres: Jaime Enrique Fecha de ingreso: 8 de Octubre del 2001 Sexo: Masculino Estado Civil: viudo Fecha de nacimiento: 9 de mayo de 1931	Edad: 82 años Ocupación: Ninguna Procedencia: Quito Ingreso mensual: Ninguno Familiares: Si (Hijos)
--	--

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 Paciente lucido, está ubicado en tiempo y espacio. Tiene buen sueño su alimentación es buena
 El paciente no presenta ninguna novedad.

REPORTE DE GERIATRÍA:
 Paciente presenta problemas nasales rinitis y molestias causadas por esto.
 El paciente es estable y tranquilo, se muestra muy colaborador en las evaluaciones.

REPORTE PSIQUIÁTRICO:
 No tiene reporte psiquiátrico.

REPORTE NEUROLÓGICO:
 No tiene reporte neurológico.

REPORTE NUTRICIONAL:
 En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 27.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Paciente colaborador sin embargo no le gusta participar de las diferentes actividades de terapia que se realizan en la institución, muy amigable, amable con las personas que visitan el asilo.

Nombres: Dolores Fecha de ingreso: 4 de agosto de 2005 Sexo: femenino Estado Civil: viuda Fecha de nacimiento: 31 de marzo de 1942	Edad: 71 Ocupación: Quehaceres domésticos Procedencia: Chimborazo Ingreso mensual: ninguno Familiares: Si
---	--

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 No hay reporte

REPORTE GERIÁTRICO:
 Molestias para orinar, dolor de cadera.

REPORTE PSIQUIÁTRICO:
 No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE NUTRICIÓN:
 Paciente con antecedentes de hipertensión arterial.
 Tiene buen apetito, refiere haber dejado de consumir papas, frutas, galletas y otros alimentos, además indica que la leche le produce diarrea.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Es una paciente muy colaboradora, bastante participativa, muy sociable, amable, atenta, tiene buen humor.
 No presenta ninguna novedad.

Nombres: Luis E. Fecha de ingreso: 1 de julio del 2006 Sexo: masculino Estado Civil: separado Fecha de nacimiento: 4 de febrero de 1934	Edad: 79 Ocupación: ninguna Procedencia: Imbabura Ingreso mensual: ninguno Familiares: Si
--	--

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 Presentó fractura en brazo izquierdo.

REPORTE DE GERIATRÍA:
 Insuficiencia cardíaca congestiva y problemas de tiroides.
 Funciones mentales superiores.
 Se debe trabajar en socialización con sus compañeros, se muestra muy colaborativo.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:
 No presenta reporte psiquiátrico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:
 Paciente con antecedentes de hipertensión arterial, lo que le ha causado edema de miembros inferiores. Tiene buen apetito sin novedades digestivas.
 En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 25.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Paciente colaborador, participativo es muy amable.
 Está orientado en tiempo y espacio, gusta mucho de la lectura, actividad que favorece a sus funciones cognitivas, excelente memoria.

Nombres: Luis F. Fecha de ingreso: 9 de julio del 2011 Sexo: masculino Estado Civil: Viudo Fecha de nacimiento: 21 de septiembre de 1923	Edad: 90 años Ocupación: Comerciante Procedencia: Quito Ingreso mensual: Ninguno Familiares: SI
---	--

REPORTE DE ENFERMERÍA:
 Paciente que presenta presión arterial alta.
 Su sueño y alimentación son buenos. Ha sido valorado por el nutricionista y no se encuentra ninguna novedad.

REPORTE GERIÁTRICO:
 Es un paciente muy colaborador, demuestra trastorno depresivo, e hipoacusia.
 Su adaptación a la institución fue difícil. Manifiesta resistencia al hablar sobre su situación familiar pasada, refiere que extraña mucho a sus hijas.
 Sufre una caída hace pocos días, la cual le causa una lesión leve en la espalda, el paciente reporta dolor y se encuentra preocupado por esta situación.

REPORTE PSIQUIÁTRICO:
 No presenta ningún reporte psiquiátrico.

REPORTE UROLOGÍA:
 No presenta ningún reporte urológico.

REPORTE NUTRICIONAL:
 En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 26/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:
 Paciente colaborador, amable, buena disposición para participar en actividades y terapias que se realizan en la institución.
 Está bien orientado en tiempo y espacio.
 Demuestra tristeza y preocupación por no poder estar en contacto con sus hijas, las dos viven fuera del país y recibe noticias de ellas muy esporádicamente.

Nombres: Luis L. Fecha de ingreso: 4 de febrero de 2002 Sexo: masculino Estado Civil: soltero Fecha de nacimiento: 15 de diciembre de 1936	Edad: 77 Ocupación: ninguna Procedencia: Quito Ingreso mensual: ninguno Familiares: Si
<p>REPORTE DE ENFERMERÍA: No presenta ninguna novedad.</p> <p>REPORTE DE GERIATRÍA: Estable, orientado en tiempo y espacio. Ha presentado estados de depresión.</p> <p>REPORTE DE PSIQUIATRÍA: Deterioro moderado de su memoria tanto de fijación como de evocación, desorientación parcial en cuanto al tiempo cronológico, ligera hipoprosexia y labilidad emocional con tendencia a la irritabilidad, todo lo cual le impide tener un autocuidado personal adecuado y mantener relaciones interpersonales correctas.</p> <p>REPORTE DE NUTRICIÓN: En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 24.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.</p> <p>REPORTE PSICOLÓGICO: Deterioro moderado de conducta, irritabilidad. Es una persona muy negativa, siempre expresa negativismo frente a la realidad del país. El paciente es racista discrimina a sus compañeros, en razón de esto es muy poco participativo de las actividades grupales que se realizan dentro de la institución, tiene muchos problemas con sus compañeros.</p>	

Nombres: José Mal. Fecha de ingreso: 8 de marzo de 2009 Sexo: masculino Estado Civil: viudo Fecha de nacimiento: 10 de febrero de 1922	Edad: 91 Ocupación: Militar retirado Procedencia: Quito Ingreso mensual: - Familiares: Si (Hermana)
<p>REPORTE DE ENFERMERÍA: Paciente se encuentra estable, fue valorado por nutricionista encontrándolo con un peso adecuado.</p> <p>REPORTE DE GERIATRÍA: Paciente lúcido, consciente, bien orientado en tiempo y espacio, no se evidencia ninguna patología psiquiátrica, sin embargo el último reporte indica que el paciente se encuentra ligeramente desorientado y se muestra algo reacio para participar en las actividades diarias que se planifican en el asilo.</p> <p>REPORTE PSIQUIÁTRICO: No hay reporte psiquiátrico.</p> <p>REPORTE NEUROLÓGICO: No hay reporte neurológico.</p> <p>REPORTE NUTRICIONAL: En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 23.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.</p> <p>REPORTE PSICOLÓGICO: Paciente ingresó al asilo porque se encontraba solo y no estaba bien atendido. El paciente expresa</p>	

constantemente el deseo de encontrar una compañera como pareja afectiva. En general es una persona bastante accesible, es colaborador, lúcido y bien orientado.

Nombres: José Mar.

Fecha de ingreso: 6 de enero de 2013

Sexo: masculino

Estado Civil: viudo

Fecha de nacimiento: 31 de marzo de 1936

Edad: 77

Ocupación: ninguna

Procedencia: Quito

Ingreso mensual: ninguna

Familiares: Si (hijo)

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente no quiere tomar medicación, mostrando un poco de agresividad.

Paciente es valorado por el nutricionista y no presenta ninguna novedad.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Paciente con apetito regular, refiere presentar estreñimiento, buen consumo de líquidos.

Mantiene estado depresivo, llanto fácil.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

Con reporte del 18 de diciembre Del 2012 emitido por médica psiquiatra, se indica que el paciente sufre de trastorno depresivo severo, más secuela de ECV y tratamiento a base de venlafaxina, a dosis creciente iniciando con un cuarto.

REPORTE NUTRICIONAL:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 25/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:

Paciente presenta problemas de adaptación a la institución pues su ingreso es reciente. Manifiesta conductas agresivas con algunas personas, requiere la ayuda del personal de cuidado de forma reiterativa, se queja mucho de la falta de visita de sus hijos.

Nombres: Clara

Fecha de ingreso: 8 de diciembre de 2004

Sexo: femenino

Estado Civil: soltera

Fecha de nacimiento: 8 de octubre de 1930

Edad: 83 años

Ocupación: -

Procedencia: Guaranda

Ingreso mensual: ninguno

Familiares: No

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente bien orientada en tiempo y espacio, aunque a veces se le nota inquietud, nerviosismo.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Refiere dolor en el estomago y en la espalda, dice que no come porque la comida hace que el dolor se transfiera de un lado a otro.

Acude al dolor por muchas deposiciones y debilidad, al estar frente al doctor se queja de sufrir de estreñimiento, dice pasar semanas sin defecar y cree que esto le causa dolor en los huesos, se notan varias contradicciones en lo que dice, además paciente se automedica.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

Paciente estable. Tiene buenas relaciones con sus compañeras.

Refiere que ha sentido punzadas en el pecho y se ha tomado valeriana, esto le ayudó a sentirse mejor, paciente se automedica.

REPORTE NEUROLÓGICO:

No hay reporte neurológico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 22/30, puntaje que indica Riesgo de

mal nutrición.

REPORTE PSICOLÓGICO:

Paciente tiene labilidad afectiva, no tiene ningún familiar y manifiesta sentirse sola. Presenta delirios visuales, dice que ve personas en su cuarto. Se queja mucho de sus compañeras y sus relaciones con ellas en ocasiones son conflictivas. Demanda mucho de la compañía del personal profesional, de cuidado así como de personas que visitan la institución.

Nombres: Ana María

Fecha de ingreso: 15 de abril de 1997

Sexo: femenino

Estado Civil: soltera

Fecha de nacimiento: 1920

Edad: 93 años

Ocupación:

Procedencia: Quito

Ingreso mensual: ninguno

Familiares: Si

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente orientada, estable. Sus signos vitales se encuentran dentro de los parámetros normales. Ha presentado malestar general por lo cual el médico ha recetado algunos antibióticos y vitaminas.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Paciente presenta hipoacusia y tiene antecedentes de hipertensión arterial.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

No hay reporte de psiquiatría.

REPORTE NEUROLÓGICO:

No hay reporte neurológico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

No hay ningún reporte.

REPORTE DE PSICOLOGÍA:

Paciente colaboradora, tranquila, participa de las terapias que se realizan en la institución. No hay más observaciones.

Nombres: Herman

Fecha de ingreso: 25 de octubre del 2005.

Sexo: masculino

Estado Civil: soltero

Fecha de nacimiento: 9 de agosto de 1940

Edad: 73 años

Ocupación: ninguna

Procedencia: Cotacachi

Ingreso mensual: ninguno

Familiares: Si (hermanos)

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente estable.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Paciente presenta Poliomiélitis desde una edad temprana.

Presentó erisipela, en el último reporte se evidencia una gran mejoría.

Tiene buen apetito, duerme bien.

Ha presentado algunos problemas en la piel se le ha detectado varias veces dermatitis sútil.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

No presenta ningún reporte psiquiátrico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 26.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:

Siempre recuerda a sus padres y hermanos, manifiesta conductas regresivas, es muy dependiente. Busca el afecto y atención de quienes lo rodean, buena memoria y atención.
El paciente es muy amigable sociable, le gusta compartir con el personal de cuidado y profesional, mas no socializa con sus compañeros.
Recibe visitas frecuentes de sus hermanos. Realiza muchos ejercicios de memoria y escritura.

Nombres: María Etelvina
Fecha de ingreso: 22 de octubre de 2001
Sexo: femenino
Estado Civil: soltera
Fecha de nacimiento: 27 de octubre de 1932

Edad: 81
Ocupación: Quehaceres domésticos
Procedencia: Imbabura
Ingreso mensual: Si
Familiares: Si

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente que se encuentra orientada en tiempo y espacio, acude al doctor porque tiene una herida en el pie.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Paciente orientada en tiempo y espacio, ha presentado en varias ocasiones trastornos de sueño, se evidencia también un deterioro cognitivo moderado, el apetito de la paciente es bueno. Sufre de osteoporosis.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 21.5/30, puntaje que indica Riesgo de Mal Nutrición.

REPORTE PSICOLÓGICO:

La paciente tiene dificultades para integrarse al grupo, no participa de las actividades diarias que organiza la institución. No quiere caminar, no participa de la terapia física, en general no le gusta hacer ningún tipo de actividad física. Tiene temor de ser criticada u ofendida por sus compañeras, dice haber sufrido burlas por parte de ellas por el hecho de que prefiere usar pantalones para su vestimenta. Se realizó un proceso de psicoterapia en el cual se trabajo sobre su autonomía se reforzó su autoestima, su capacidad para tomar decisiones y se abordó los problemas de convivencia con los residentes del hogar.

Nombres: Amada
Fecha de ingreso: 9 de noviembre de 2005
Sexo: Femenino
Estado Civil: casada
Fecha de nacimiento: 28 de abril de 1932

Edad: 81
Ocupación: Quehaceres domésticos
Procedencia: Tungurahua
Ingreso mensual: ninguno
Familiares: Sí (hijo)

REPORTE DE ENFERMERÍA:

Paciente ubicado en tiempo y espacio.
Ella misma controla sus medicinas, dice que no quiere ser adulto mayor dependiente.
Los problemas que ha presentado son en relación a la gripe.

REPORTE DE GERIATRÍA:

Paciente muy colaboradora en las evaluaciones, orientada en tiempo y espacio.
Realiza ejercicios de memoria y agilidad mental.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE NEUROLÓGICO:

No hay reporte neurológico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 25.5/30, puntaje que indica un Estado de nutrición satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:

La paciente es muy colaboradora, muy religiosa.

Nombres: Lino**C.I.:** 170506147-9**Fecha de ingreso:** 16 de marzo de 2001**Sexo:** Masculino**Estado Civil:** soltero**Fecha de nacimiento:** 20 de noviembre de 1944**Edad:** 69**Ocupación:** ninguna**Procedencia:** Quito**Ingreso mensual:** ninguno**Familiares:** No**REPORTE DE ENFERMERÍA:**

Paciente ubicado en tiempo y espacio.

Paciente estable sin novedad.

REPORTE DE GERIATRÍA:

No hay reporte geriátrico.

REPORTE DE PSIQUIATRÍA:

No hay reporte psiquiátrico.

REPORTE PSICOLÓGICO:

El paciente es muy Independiente, sociable, se muestra participativo y colaborador.

Nombres: Manuel**Fecha de ingreso:** 26 de junio de 2011**Sexo:** masculino**Estado Civil:** casado**Fecha de nacimiento:** 7 de junio de 1928**Edad:** 85**Ocupación:** ninguna**Procedencia:** Quito**Ingreso mensual:** ninguno**Familiares:** Si**REPORTE DE ENFERMERÍA:**

Paciente con valoración medica, no presenta novedades.

REPORTE GERIÁTRICO:

Paciente orientado en tiempo y espacio, no tiene novedades. Buen apetito.

REPORTE PSIQUIÁTRICO:

Paciente estable, presenta trastorno del sueño, toma 2 zetix para poder dormir.

El 8 de febrero de 2013 reporta insomnio crónico, dice dormir solamente una hora desde hace un mes atrás.

En el último reporte manifiesta que ha vuelto a dormir con normalidad, actualmente su sueño y apetito son adecuados.

REPORTE NEUROLÓGICO:

No tiene reporte neurológico.

REPORTE DE NUTRICIÓN:

En base a IV MINI-EXAMEN NUTRICIONAL.- el paciente tiene un resultado total de 25.5/30, puntaje que indica un Estado nutricional satisfactorio.

REPORTE PSICOLÓGICO:

Meses atrás el paciente se encontraba muy preocupado por una operación que debía realizarse por un problema ocular, después de la operación el paciente volvió a su estado habitual, es un paciente muy colaborador y participativo.

El paciente habla constantemente de sus planes si ganaría la lotería, compra siempre la lotería, en este acto deposita las expectativas de poder salir del asilo para vivir independiente y bajo su propio financiamiento.

ANEXO 5

LISTADO DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Nro.	Nombres	Edad	Estado civil	Fecha de ingreso	Tiempo asilado	Familiares
1	GUILLERMO	75	SOLTERO	22/09/2012	1 año	NO
2	RUTH	74	SOLTERA	26/08/2012	1 año	NO
3	GLORIA	77	SOLTERA	08/02/2001	12 años	NO
4	CARMEN	82	SOLTERA	16/07/2011	2 años	NO
5	JAIME ENRIQUE	82	VIUDA	08/10/2011	2 años	SI
6	DOLORES	71	VIUDA	04/08/2005	8 años	SI
7	LUIS E.	79	SEPARADO	01/07/2006	7 años	SI
8	LUIS F.	90	VIUDO	09/07/2011	2 años	SI
9	LUIS L.	77	SOLTERO	04/02/2002	11 años	SI
10	JOSÉ MAL.	91	VIUDO	20/03/2011	2 años	SI
11	JOSÉ MAR.	77	VIUDO	06/01/2013	8 meses	SI
12	CLARA	83	SOLTERA	08/12/2004	9 años	NO
13	ANA MARÍA	93	SOLTERA	15/04/1997	16 años	SI
14	HERMAN	73	SOLTERO	25/10/2005	8 años	SI
15	MARÍA ETELVINA	81	SOLTERA	01/10/2001	12 años	SI
16	AMADA	80	VIUDA	01/11/2005	8 años	SI
17	LINO	69	SOLTERO	16/03/2013	6 meses	NO
18	MANUEL	85	CASADO	26/06/2011	2 años	SI